

Les facteurs d'accessibilité aux services d'interprétariat dans la
prise en charge infirmière des patients allophones atteints de
diabète : Revue de littérature

Travail de Bachelor

Par
**Guillaume Angéloz, Delphine Bouton, Gupe
Mambimbi**
Promotion [2014-2017]

Sous la direction de : Alexander Bischoff

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

13 juillet 2017

Résumé

Contexte : La prévalence du diabète augmente dans la population migrante. De plus, le niveau de qualité de la prise en charge des migrants est moins élevé que celui des autochtones. Les personnes migrantes ne disposent souvent pas de connaissances suffisantes pour pouvoir adopter des comportements favorables à la santé et sont fréquemment confrontés à des difficultés de communication. Etablir un partenariat entre les patients migrants allophones et les infirmiers-ières dans les soins chroniques paraît compliqué sans l'intervention d'un interprète professionnel, un acteur clé pour une prise en charge optimale et centrée sur le patient.

But : Cette revue de littérature a pour objectifs a) d'explorer les facteurs influençant l'accessibilité aux services d'interprétariat professionnel pour les patients allophones atteints de diabète ; b) de mettre en évidence des recommandations en ce qui concerne les conditions nécessaires pour favoriser le recours à l'interprète professionnel dans les institutions sanitaires.

Méthode : Neuf études réalisées dans cinq pays occidentaux et une étude en Afrique du sud, publiées entre 2005 et 2015 ont été retenues sur la base de notre question de recherche et à l'aide de la base de données "Pub Med".

Résultats : Les patients allophones migrants ont souvent une mauvaise compréhension du diabète, due à des difficultés de communication avec les professionnels de santé. De plus, les barrières linguistiques limitent le partenariat entre patient et infirmier-ère. Le recours à l'interprète professionnel est recommandé mais il est souvent sous-utilisé et s'il est utilisé, la collaboration est souvent inefficace. Enfin, le système de santé n'a pas de politique claire en ce qui concerne

le recours aux services d'interprétariat professionnel, ce qui ne facilite pas l'accès à ces services.

Discussion : Cette revue de littérature montre que les compétences cliniques transculturelles pourraient être intégrées au Chronic Care Model, afin de surmonter les obstacles à la qualité des soins des patients migrants allophones atteints de diabète. Plusieurs recommandations ont été relevées pour faciliter l'accès et l'utilisation des services d'interprétariat par les infirmiers-ières.

MeSH terms principaux: barriers/ communication/ health services accessibility/ translating

Table des matières

INTRODUCTION.....	4
PROBLÉMATIQUE.....	6
QUESTION DE RECHERCHE	8
OBJECTIFS	8
CADRE DE RÉFÉRENCE	9
CHRONIC CARE MODEL (CCM) D'EDWARD WAGNER	9
COMPÉTENCES CLINIQUES TRANSCULTURELLES	11
TRAVAIL MORAL.....	12
AUTOGESTION	12
EMPOWERMENT	13
LITTÉRATIE	14
MÉTHODE	14
ARGUMENTATION DU DEVIS	14
DESCRIPTION DES ÉTAPES	15
CRITÈRES D'INCLUSION DES ÉCRITS EMPIRIQUES	17
CRITÈRES D'EXCLUSION DES ÉCRITS EMPIRIQUES.....	17
ARTICLES RETENUS	17
CARACTÉRISTIQUES DES RÉSULTATS	22
DEVIS.....	22
PAYS.....	22
PATHOLOGIES MENTIONNÉES DANS LES ÉTUDES	22
LES POPULATIONS REPRÉSENTÉES	23
LES OUTILS MÉTHODOLOGIQUES	23
SYNTHÈSE NARRATIVE	23
FACTEURS LIÉS AU PATIENT	24
FACTEURS LIÉS À L'INTERPRÈTE	26
FACTEURS LIÉS AU PROFESSIONNEL DE SANTÉ	29
FACTEURS LIÉS AU SYSTÈME DE SANTÉ	32
DISCUSSION	35
FORCES ET LIMITES	41
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	42

Déclaration d'authentification

« Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées. »

Fait à Fribourg, le 11 juillet 2017

Delphine Bouton:

Gupe Mambimbi:

Guillaume Angéloz:

Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement notre directeur de Bachelor Thesis PhD, Alexander Bischoff, doyen de la recherche à la Haute Ecole de Santé de Fribourg, pour sa disponibilité, son soutien et ses conseils avisés qui ont permis la réalisation de ce travail.

Nous remercions Aurélie Klingshirn, professeur et responsable du module du travail de Bachelor à la Haute Ecole de santé de Fribourg qui a supervisé une partie de notre travail.

Merci à nos familles, nos conjoint(e)s et nos ami(e)s qui nous ont encouragés et soutenus tout au long de ce travail.

Introduction

Avec la mondialisation, la migration et la santé publique sont des enjeux majeurs pour la planète. En effet, les migrations internationales continuent d'augmenter malgré la crise économique et financière. Selon l'Organisation des Nations Unies, il y a 244 millions de migrants dans le monde (Unies-DPI/NMD, 2016). Selon le Secrétariat d'Etat aux Migrations (SEM, 2017), la population étrangère Suisse est estimée à 2'036'396 habitants en février 2017. En ce qui concerne le canton de Fribourg, la population résidente étrangère s'élève à 70'088 en avril 2017 (SEM, 2017). Actuellement, 4% des étrangers sont des demandeurs d'asile en Suisse (soit environ 80'000 personnes à fin 2012, y compris les réfugiés officiels et les personnes admises à titre provisoire). De plus, environ 100'000 personnes sont sans-papiers et vivent dans le pays, souvent dans des conditions précaires (Office Fédéral de la Santé Publique, OFSP, 2013,). Par conséquent, de nombreux programmes sont élaborés dans le monde pour la santé des migrants. Le centre international pour la migration, la santé et le développement (CIMSD) travaille étroitement avec des gouvernements et des organisations internationales tels que l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), Fond des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'Union européenne et le conseil de l'Europe dans le cadre d'un programme de recommandations sur la promotion des politiques en matière de migration et de santé (Geneva Environment Network, 2016). Nous pouvons également citer le projet « Migrant friendly hospital (Zellweger & Pluess, 2013) » incluant plusieurs pays européens dont la Suisse. Ces recommandations sont nécessaires dans la prise en charge des maladies chroniques chez les migrants. La migration peut conduire à divers impacts sur la santé (ex : diabète, hypercholestérolémie, athérosclérose). Cela est dû en partie, à l'acquisition de

nouveaux comportements. Une partie non-négligeable des immigrés est confrontée à des conditions de vie précaires. Ces conditions de vie sont caractérisées par de faibles revenus. Ces personnes peuvent être contraintes de choisir leur alimentation en fonction de leur budget (fast-food). De plus, elles peuvent être forcées à diminuer ou arrêter toute activité sportive par manque de moyen ou par manque de temps. Tous ces facteurs contribuent à l'apparition ou à l'aggravation du diabète dans cette population. Selon l'OMS (2016), le nombre de personnes atteintes de diabète est passé de 108 millions en 1980 à 422 millions en 2014. La prévalence du diabète a augmenté plus rapidement dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. De plus, la prévalence mondiale du diabète chez les adultes de plus de 18 ans est passée de 4,7 % en 1980 à 8,5% en 2014. L'OMS prévoit qu'en 2030, le diabète sera la septième cause de décès dans le monde. En Suisse, on estime qu'il y a environ 500'000 personnes diabétiques. 40'000 d'entre elles souffrent d'un diabète de type 1 ("Diabète suisse Faits et chiffres," 2011).

Notre déontologie professionnelle nous recommande le respect des principes éthiques : la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie et la justice. Par justice, nous entendons la diversité et l'équité des soins pour tous (ASI-SBK, 2007). En tant qu'infirmier-ière, nous devons donc porter une attention particulière à la prise en charge des populations migrantes qui sont souvent confrontées aux barrières culturelles et à des difficultés de communication. Etablir un partenariat avec une personne allophone atteinte de diabète paraît compliqué sans l'intervention d'un interprète professionnel. C'est pourquoi, l'interprète est un acteur clé. C'est un partenaire nécessaire pour une prise en charge optimale et centrée sur le patient.

La démarche de cette revue de littérature s'articule en plusieurs étapes. Premièrement, la problématique a été développée en regard de la question de recherche. Puis, les objectifs ont été précisés. Ensuite, le cadre de référence a été défini de manière détaillée en y intégrant divers concepts. Le Chronic Care model d'Edward Wagner a été choisi. D'autres concepts ont été intégrés et seront présentés dans cette partie. Le paragraphe suivant explique la méthodologie de recherche. Par la suite, les résultats ont été synthétisés. Pour terminer, après avoir analysé les résultats à l'aide du cadre de référence, la discussion conclut cette revue de littérature.

Problématique

Actuellement, les phénomènes migratoires entraînent de nombreuses difficultés. Les bouleversements au niveau culturel, économique, politique socio-sanitaire sont des conséquences de la migration. Une adaptation à de nouvelles cultures et la recherche de moyens de communication adéquats sont essentielles pour les pays d'accueil. En effet, il a été relevé que le niveau de qualité de la prise en charge des migrants est moins élevé que celui des autochtones. De plus, les personnes migrantes sont fréquemment confrontées à des difficultés de communication dans leurs interactions avec les institutions sanitaires. Elles ne disposent pas souvent de connaissances suffisantes pour pouvoir adopter un comportement favorable à la santé (OFSP, 2011). Une partie des migrants en Suisse vit dans des conditions sociales défavorables.

De plus, ils ont généralement une moins bonne qualification professionnelle ainsi que des revenus inférieurs à la moyenne Suisse. Ils sont donc plus touchés par les

phénomènes de pauvreté, en particulier le chômage. Les migrants possèdent des diversités culturelles et sociales ainsi qu'une multitude de langues et des normes et systèmes de valeurs associés. Ceci est un défi tout particulier pour permettre une prise en charge adaptée et aboutir à un meilleur état de santé et ainsi une meilleure qualité de vie pour cette population. Des représentations très diverses auprès des patients sont véhiculées par les institutions sanitaires. Les barrières de communication peuvent mettre en péril le bon accomplissement de la mission hospitalière (Zellweger & Pluess, 2013). Pour le suivi des patients atteints de diabète, il est important d'avoir recours à un interprète professionnel. Le diabète est une maladie chronique qui a un impact important sur la qualité de vie. Toutefois, l'établissement d'un partenariat entre le soignant et le patient permet de conserver un état de santé stable avec cette pathologie. Par conséquent, ne pas recourir au service d'un interprète engendre une mauvaise observance thérapeutique qui à son tour aura des répercussions négatives sur l'état de santé du patient et entraînera des coûts supplémentaires. Il n'y a pas de nos jours, de réglementations uniformes sur le financement des prestations d'interprétariat en Suisse concernant le domaine de la santé. Certains cantons ont résolu les problèmes d'indemnisation de l'interprétariat professionnel grâce à des conventions de prestations signées avec des hôpitaux cantonaux ou universitaires (Zellweger & Pluess, 2013).

Selon Bischoff & Steinauer, (2007), bien que le recours aux services d'interprétariat professionnel soit recommandé, ces services restent sous-utilisés, en particulier pour des raisons d'organisation. Il est difficile de les joindre, de longues attentes sont nécessaires et les interprètes professionnels ne sont pas toujours disponibles. Par conséquent, les membres de la famille, le personnel

soignant et l'interprétariat téléphonique sont souvent sollicités. L'utilisation d'interprète informel, même si elle permet une certaine économie aux institutions sanitaires, ne permet pas une prise en charge optimale, à long terme des patients migrants allophones atteints de diabète. En effet, les interprètes informels ne disposent pas de formations leur permettant d'exercer ce rôle mais peuvent être utilisés en cas d'urgence. Pour conclure, les différentes problématiques nommées justifient l'importance d'améliorer l'accessibilité des services d'interprétariat professionnel et de développer la formation des infirmier-ières à la collaboration avec un interprète.

Question de recherche

Quels sont les facteurs qui influencent l'accessibilité aux services d'interprétariat dans la prise en charge infirmière des patients allophones souffrant de diabète ?

Objectifs

L'objectif de notre recherche est de déterminer les facteurs qui influencent l'accessibilité aux services d'interprétariat dans la prise en charge infirmière des patients allophones souffrant de diabète. Ceci afin de permettre une meilleure prise en charge de ces patients dans la durée. En effet, en déterminant ces facteurs, nous pourrions comprendre les raisons de la sous-utilisation de ces services. De plus, nous pourrions également formuler des recommandations pour les professionnels de la santé grâce au travail effectué. Notre revue de littérature pourrait inviter les professionnels de la santé à développer leurs compétences transculturelles et à s'ouvrir à un mode de collaboration, celui du dialogue (annexe N°13).

Cadre de référence

Un cadre de référence a été choisi pour soutenir notre thématique et analyser les résultats des études sélectionnées : le Chronic Care Model d'Edward Wagner (CCM) est un modèle de soins médicaux de premier recours adapté aux besoins des maladies chroniques comme le diabète. Différents concepts s'ajoutent à ce modèle : le concept des compétences cliniques transculturelles de Dagmar Domenig, le travail moral, l'auto-gestion, l'empowerment et la littératie en santé. Les compétences culturelles ont été intégrées au modèle CCM en 2003. C'est pourquoi, il paraît essentiel de développer les compétences cliniques transculturelles en l'associant au CCM, pour permettre une meilleure prise en charge de la population migrante allophone atteinte de diabète, par l'intermédiaire d'un interprète professionnel. En effet, dans les consultations interprétées, les patients ont tendance à se centrer sur leur maladie et ne parlent pas de leur vie en général, cela empêche d'établir une relation de confiance avec l'infirmier-ière. Si ces compétences transculturelles appuient le CCM, les patients et les soignants auront un meilleur partenariat. Le travail moral sera alors amélioré, c'est-à-dire que les patients pourront exprimer plus facilement leurs émotions en ayant recours à l'interprète professionnel en tant que médiateur culturel. Le patient pourra aborder d'autres sujets que ses préoccupations liées au diabète. Ce partenariat permet une meilleure autogestion, donc l'empowerment du patient ; de ce fait, cela favorise une meilleure littératie en santé.

Chronic Care Model (CCM) d'Edward Wagner

Selon Schibli & Hodel, (2012), le CCM favorise la prise en charge de qualité des maladies chroniques par l'identification de six éléments essentiels du système de soins de santé :

- Le soutien à l'autogestion (par ex. à l'aide de formations des patients)
- La réorganisation des prestations et des processus de prise en charge (par ex. en répartissant les tâches de façon optimale au sein de l'équipe soignante)
- L'aide à la décision (par ex. par une meilleure coopération avec les spécialistes, l'application par les prestataires de directives de traitement basées sur les preuves et l'aide apportée aux décisions du patient)
- Les systèmes d'information clinique (par ex. un dossier patient électronique où sont archivées les données médicales des patients ou un système de rappel automatique des rendez-vous)
- La communauté (collectivité qui dispose d'autres ressources locales et de services de proximité)
- Le système de santé.

Le CCM améliore les interactions entre les patients informés et proactifs dans leurs processus thérapeutiques et les équipes de soins expertes dans leur domaine. Cinq thèmes plus spécifiques ont été introduits à chaque élément cité ci-dessus, dans le modèle en 2003 : Sécurité des patients (dans le système de santé) ; compétence culturelle (dans la réorganisation des prestations et des processus de prise en charge); coordination des soins (système de santé et systèmes d'information clinique); politiques communautaires (dans communauté); et gestion des cas (dans réorganisation des prestations et des processus de prise en charge). Les compétences culturelles ayant été intégrées dans le modèle CCM, il est donc nécessaire de les développer. Ainsi, les professionnels de santé pourront travailler de manière optimale avec les patients migrants allophones atteints de diabète. De plus, l'interprète, médiateur culturel pourra améliorer le partenariat entre le patient et l'infirmier-ière. ("The Chronic Care Model ; Model Elements," n.d.)

Compétences cliniques transculturelles

Selon le concept de Domenig, le terme « compétence transculturelle » est : « la capacité de percevoir et de comprendre les individus dans leur monde vécu et leur contexte individuel et d'agir de façon adéquate (Althaus, P., Domenig, D., & Bodenmann, P., 2010, p.79) ». Selon Althaus, P. et al., (2010), les professionnels qui disposent de ces compétences peuvent intégrer leurs propres influences et préjugés sur les diverses cultures des minorités ethniques. De plus, ils savent entrevoir la perspective d'autrui. Ils ont la capacité d'éviter les stéréotypes et la culturalisation. Différents piliers de la capacité interactive sont définis par Domenig :

- **Réflexion sur soi-même** : Dans un processus de réflexion sur eux-mêmes, les professionnels de la santé doivent en premier lieu apprendre à connaître leur monde vécu.
- **Savoir contextuel** : Il est guidé par la prise en compte d'un environnement et sur la réaction de la personne dans l'accomplissement d'une activité. (Aymar, Duigou, & Dorante, 2012)
- **Expériences** : L'association des connaissances et des expériences transculturelles avec une auto réflexion permet une meilleure compréhension des vécus individuels des migrants.
- **Empathie narrative** : S'interroger sur les préjugés, les idées racistes et les actes discriminants et placer la narration au centre du traitement et des soins permet d'établir d'une attitude valorisante et respectueuse vis à vis des migrants.

Les compétences cliniques transculturelles (CCT) comprennent, en résumé, un ensemble d'attitudes, de connaissances et de savoir-faire qui permettront de prodiguer aux patients d'origines diverses des soins de qualité par les professionnels de la santé.

Travail moral

Le travail moral est un concept sous-jacent du cadre conceptuel du CCM et des compétences transculturelles ; dans les exemples de l'article de Seale, Rivas, Al-Sarraj, Webb, & Kelly, (2013), la signification est sous-entendue : expliquer, échanger sur des aspects difficiles tels que la souffrance. L'exemple du diabète est un modèle pour le définir. En effet, les personnes atteintes de diabète peuvent se sentir stigmatisées ou jugées. De plus, les barrières linguistiques compliquent encore la communication entre les infirmiers-ières et les patients. L'interprète est alors un pont entre les infirmiers-ières et les patients. Il devient médiateur moral. Une relation de confiance pourra s'établir, permettant une meilleure compréhension du diabète et ainsi l'autogestion du patient sera favorisée.

Autogestion

Dans une situation de maladie chronique, l'autogestion est l'apprentissage et la mise en pratique des compétences essentielles pour pouvoir exercer une vie active et émotionnellement satisfaisante. Pour compléter cette définition, d'autres aspects de l'autogestion sont à prendre en compte : Participation spécifique à un programme de soutien; préparation d'une personne à la gestion de son état de santé de manière régulière; mise en pratique de comportements spécifiques ainsi que les compétences et les aptitudes nécessaires pour diminuer les impacts de la maladie, avec ou sous la collaboration des professionnels de santé (Formarier & Jovic, 2012). Un soutien efficace à l'autogestion suppose la reconnaissance du rôle central des patients dans leur prise en soins. Cela favorise l'implication des patients pour leur propre santé. En ayant recours à une approche collaborative, les patients ainsi que les professionnels de santé œuvrent ensemble à la définition des problèmes, la définition des priorités, l'établissement d'objectifs, la création de plans

de traitements et la résolution des problèmes rencontrés en cours de route ("Self-Management Support :: Improving Chronic Illness Care," n.d.). Un des principaux défis des soignants est d'éviter les complications aiguës et chroniques de la maladie tout au long du suivi. L'observance par le patient des règles du soignant, soit l'adoption d'un certain nombre de comportements de santé, serait une solution "facile". Cependant, cela reste une vision des soins paternalistes. La gestion quotidienne d'une maladie chronique engage la participation active du patient et présume donc le partage avec les patients d'une partie du savoir-faire technique des soignants. Les soignants leur enseignent un certain nombre d'auto-soins. La participation de plus en plus grande de la part du patient dans sa propre prise en charge se base sur le renforcement de son sentiment d'auto-efficacité. De plus, cela amène le partage du pouvoir de décision dans les choix de prise en charge. Ce modèle d'éducation est décrit dans la littérature sous le terme d'empowerment (Pélicand, Fournier, & Aujoulat, 2009).

Empowerment

Selon « le grand dictionnaire terminologique » (2003) :

« L'empowerment est défini comme le processus par lequel une personne ou un groupe social acquiert la maîtrise des moyens qui lui permet de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement ».

L'empowerment est traduit littéralement par l'autonomisation. Il est indispensable que les patients migrants allophones développent cet empowerment afin d'acquérir une littératie en santé.

Littératie

D'après Kieffer (2012), pour prendre des décisions et suivre un traitement, il est souhaitable que le patient acquière un meilleur niveau en matière de littératie en santé, c'est à dire que le patient développe sa capacité de comprendre, de lire et d'utiliser l'information médicale (wikipédia). Ce concept de littératie va bien au-delà de la définition de wikipédia. Il se centre sur les capacités humaines qui font que les individus sont aptes à devenir pleinement eux-mêmes. Il questionne la compréhension de la maladie, les représentations de soi. Il explore aussi les conceptions que les personnes ont de leur santé et les facteurs qui y sont associés. Ce concept implique la transmission de savoir, de compétences psychiques et d'outils cognitifs.

« La démarche de l'humain se constituant lui-même, en sujet libre, au sein d'une culture comme la santé, est une tâche sans fin (Kieffer, 2012). »

Méthode

Argumentation du devis

Ce travail de Bachelor est réalisé sous la forme d'une revue de littérature. Cette méthode nous permet d'analyser un nombre limité d'articles de qualité, ceci afin d'obtenir une compréhension plus fine du sujet choisi. De plus, ce travail objective la réalisation de divers transferts dans nos pratiques futures en regard de l'analyse de nos dix articles. Une revue de littérature peut être défini comme suit : « une revue de littérature est une évaluation critique de recherches approfondies et des théories relatives à un sujet spécifique [traduction libre] (Coughlan, Ryan & Cronin, 2013, p.7). » Notre revue ne peut être considérée comme une revue systématique car elle

ne possède pas de méthodologies précises ayant des règles pré-établies. De plus, nos données sont évaluées et sélectionnées de manière subjective.

Description des étapes

Suite à l'attribution du thème : « L'interprétariat dans la prise en charge de personnes atteintes de maladie chronique par les infirmiers et infirmières, dans les institutions sanitaires en Suisse et au niveau international : une revue de littérature », diverses recherches sur Google, Google Scholar, Ecosia ont été entreprises afin de découvrir et approfondir les différentes thématiques du sujet. Après cette recension des écrits, une rencontre avec notre professeur a permis d'affiner la thématique en se centrant sur les patients atteints de diabète. De plus, suite aux recherches et à divers entretiens avec notre professeur référent, la nécessité de se centrer sur les facteurs d'accessibilité se distingue des autres problématiques soulevées lors des recherches initiales. Enfin, une question de recherche sous le format PICO a été définie :

Quels sont les facteurs qui influencent l'accessibilité aux services d'interprétariat dans la prise en charge infirmière des patients allophones souffrant de diabète ?

Grâce aux recherches effectuées et après l'élaboration de la question de recherche, des mots clés ont pu être identifiés. Une transcription grâce au logiciel « InSerm » de Pubmed à été réalisé à partir des mots de base pour obtenir des MeSH terms.

Tableau 1

Les divers mots clés et les termes MeSH

Mots clés	MeSH terms
language	language
health services accessibility	health services accessibility
diabetes	-
communication barriers	Barriers, communication
interpreting	translating
multilingualism	multilingualism
primary health care	primary health care
South africa	South Africa
attitude of health personne	attitude of health personne
barriers	-
health services	health services needs and demand
Interpreting	-
complications	-
Interpreter-mediated	-
communication	-

Critères d'inclusion des écrits empiriques

- Articles scientifiques de moins de 15 ans
- Recherches d'articles uniquement en français et en anglais
- Recherches avec Abstract
- Recherches se centrant sur l'interprétariat chez les patients migrants allophones
- Adultes

Critères d'exclusion des écrits empiriques

- Articles de plus de 15 ans
- Articles sans abstract
- Articles scientifiques écrit en d'autres langues que l'anglais et le français
- Articles traitant de la pédiatrie

Articles retenus

Les articles retenus sont les résultats de multiples combinaisons. Divers MeSH terms ont été combinés à des mots clés pour aborder la thématique de différentes manières. Ces combinaisons et leurs résultats sont détaillés dans les tableaux ci-dessous.

Stratégie 1

Base de donnée	Pubmed
Mots-clés	((communication barriers[MeSH Terms]) AND diabetes) AND language
résultats	70 articles
Étude retenues	<p>4 études retenues:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seale, C., Rivas, C., & Kelly, M. (2013). The challenge of communication in interpreted consultations in diabetes care: a mixed methods study. <i>British Journal of General Practice</i>, 63(607), 125-133. https://doi.org/10.3399/bjgp13X663082 • Fernandez, A., Schillinger, D., Warton, E. M., Adler, N., Moffet, H. H., Schenker, Y., ... Karter, A. J. (2011). Language Barriers, Physician-Patient Language Concordance, and Glycemic Control Among Insured Latinos with Diabetes: The Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). <i>Journal of General Internal Medicine</i>, 26(2), 170-176. https://doi.org/10.1007/s11606-010-1507-6 • Seale, C., Rivas, C., Al-Sarraj, H., Webb, S., & Kelly, M. (2013). Moral mediation in interpreted health care consultations. <i>Social Science & Medicine</i>, 98, 141–148. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.014 • Bischoff, A., Dao Dominicé, M., Hulderson, P & Perron Junod, N. (2013). Interpreter-mediated diabetes consultations : a qualitative analysis of physician communication practices. <i>BMC Family practice</i> 14 (163)

Stratégie 2

Base de donnée	Pubmed
Mots-clés	((language[MeSH Terms]) AND health services accessibility[MeSH Terms]) AND diabetes
résultats	30
Étude retenues	1 étude retenue: Wilson, C., Alam, R., Latif, S., Knighting, K., Williamson, S., & Beaver, K. (2012). Patient access to healthcare services and optimisation of self-management for ethnic minority populations living with diabetes: a systematic review: Patient access to healthcare services and optimisation of self-management. <i>Health & Social Care in the Community</i> , 20(1), 119. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01017.x

Stratégie 3

Base de donnée	Pubmed
Mots-clés	((barriers, communication[MeSH Terms]) AND translating[MeSH Terms]) AND multilingualism[MeSH Terms]
résultats	68 articles
Étude retenues	<p>1 étude retenue</p> <p>Hadziabdic, E., Lundin, C., & Hjelm, K. (2015). Boundaries and conditions of interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare. <i>BMC Health Services Research</i>, 15(1). https://doi.org/10.1186/s12913-015-1124-5</p>

Stratégie 3.1

Base de donnée	Pub med
Mots-clés	<p>Copié collé du titre : Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland, trouvé dans les référence de l'article cité ci- dessus à la page 12.</p> <p>Hadziabdic, E., Lundin, C., & Hjelm, K. (2015). Boundaries and conditions of interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare. <i>BMC Health Services Research</i>, 15(1). https://doi.org/10.1186/s12913-015-1124-5</p>

Stratégie 4

Base de donnée	Pubmed
Mots-clés	((primary health care[MeSH Terms]) AND south africa[MeSH Terms]) AND attitude of health personnel[MeSH Terms]) AND barriers
résultats	13
Étude retenues	1 étude retenue : Haque, M., Navsa, M., Emerson, S. H., Dennison, C. R., & Levitt, N. S. (2005). Barriers to initiating insulin therapy in patients with type 2 diabetes mellitus in public-sector primary health care centres in Cape Town. <i>Journal of Endocrinology, Metabolism and Diabetes of South Africa</i> , 10(3), 94–99.

Stratégie 5

Base de donnée	pubmed
Mots-clés	((multilingualism[MeSH Terms]) AND (health services needs and demand[MeSH Terms])) AND diabetes
résultats	3
Étude retenues	1 étude sélectionnée : Hahn, E. A., Burns, J. L., Jacobs, E. A., Ganschow, P. S., Garcia, S. F., Rutsohn, J. P., & Baker, D. W. (2015). Health Literacy and Patient-Reported Outcomes: A Cross-

	<p>Sectional Study of Underserved English- and Spanish-Speaking Patients With Type 2 Diabetes. Journal of Health Communication, 20(sup2), 415.</p> <p>https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1061071</p>
--	---

Caractéristiques des résultats

Après plus de cinq stratégies de recherches comprenant diverses combinaisons de mots clés et de MeSH terms, neuf articles ont été retenus pour cette revue de littérature. Ces articles ont les caractéristiques suivantes :

Devis

Les études analysées comprennent une revue systématique ainsi que six études qualitatives exploratoires. De plus, il y a aussi une étude comparative et descriptive ainsi qu'une étude transversale et observationnelle.

Pays

Trois études proviennent du Royaume-Unis, deux études proviennent des Etats-Unis. Une étude a été réalisée en Suisse, une en Finlande, une en Suède et une étude a été réalisée en Afrique du Sud.

Pathologies mentionnées dans les études

Sur les neufs études prises en compte pour cette revue de littérature, sept articles sont directement centrés sur le diabète. Un article mentionne le diabète à plusieurs reprises et un article ne mentionne aucune pathologie.

Les populations représentées

Deux articles étudient la même population ; des patients provenant de divers groupes ethniques allophones d'Asie. Une autre étude se centre sur des patients "latinos" ne parlant pas anglais. La population étudiée dans la revue est représentée par des patients d'Asie du Sud et des patients noirs d'Afrique et des Caraïbes. Un des articles a comme population les médecins accompagnants des patients allophones. Une autre de nos études s'intéresse aux infirmières de santé publique travaillant dans les centres de santé primaire dans une ville au sud de la Finlande. Un des articles a pour population les professionnels de la santé. Leurs niveaux d'études ne sont pas spécifiés. La dernière étude s'intéresse à des hommes et des femmes non-enceintes, âgées de 18 ans ou plus, parlant anglais ou espagnol atteints de diabète de type 2 et étant traités par antidiabétiques oraux ou par insuline.

Les outils méthodologiques

La plupart de nos articles sont des études de cas et répondent à un questionnement d'ordre qualitatif. C'est pourquoi, la plupart des outils méthodologiques sont des entretiens et des questionnaires.

Synthèse narrative

Les résultats des articles sélectionnés ont été analysés et regroupés en quatre catégories. Ces catégories représentent **les facteurs influençant l'accessibilité des services d'interprétariat professionnel** : facteurs liés au patient, facteurs liés au professionnel de santé, facteurs liés à l'interprète et les facteurs liés au système de santé. Chaque facteur est reparti en sous-groupes.

Facteurs liés au patient

Culture, croyances et représentations. L'étude de Haque, Navsa, Emerson, Dennison, & Levitt, (2005) explique que les patients ont plus confiance dans la médecine traditionnelle (phytothérapie, guérisseurs) que dans la médecine conventionnelle. Par conséquent, ils adhèrent difficilement à leurs traitements thérapeutiques et médicamenteux du diabète. Ceci est une grande préoccupation des médecins. Un compromis concernant la continuité du traitement allopathique est possible si une relation de confiance entre le patient et le médecin est créée. Le patient s'exprimera alors plus facilement sur l'utilisation des médecines alternatives. De plus, lorsque le médecin et le patient ont des représentations de la maladie et des traitements médicamenteux différentes, cela peut entraîner une mauvaise communication. L'éducation thérapeutique du patient permettra de changer les représentations comme le fait que l'insuline peut entraîner des amputations et même la mort (Haque et al., 2005).

Littéracie et auto-gestion. Deux articles abordent spécifiquement la littératie en santé : Wilson et al., (2012) et Hahn et al., (2015). Dans l'étude de cas de Hahn et al., (2015), chez les participants hispanophones, la littératie en santé était moins élevée que chez les participants anglophones, ce qui correspond à d'autres études sur les personnes atteintes de diabète. De plus, Wilson et al., (2012) affirment qu'une prise en charge téléphonique ou par internet serait plus adaptée pour les patients allophones ayant peu de compétences en littératie, en raison d'une communication inefficace avec les professionnels. Cette étude explique aussi qu'un rôle central est donné à la famille, aux proches et à l'histoire de vie dans la compréhension de la maladie en Afrique et dans les Caraïbes et pour les personnes du sud de l'Asie. Ils confèrent une source importante de connaissances et de

soutien émotionnel. Les membres de la famille sont des ressources essentielles pour l'autogestion. Pour conclure, Wilson et al., (2012) affirment qu'il est manifestement nécessaire d'améliorer les connaissances et la compréhension de la maladie chez les patients pour favoriser l'autogestion. C'est particulièrement le cas pour les patients d'origine bangladaise et pakistanaise et les femmes présentant des problèmes d'analphabétisme au sein de ces groupes. Des études suggèrent que l'autogestion des patients se renforce au fil du temps, mais cela dépend d'une éducation efficace du patient. Il est peu probable qu'elle se produise uniquement avec la progression de la maladie.

Les auto-soins du diabète, spécifiquement l'insulinothérapie et le contrôle glycémique ont été décrits dans deux articles de Haque et al., (2005) et Fernandez et al., (2011). Haque et al., (2005) spécifient que les médecins sont inquiets de la méconnaissance et de l'incompréhension des patients face à la maladie et l'utilisation adéquate de l'insuline. D'autres obstacles à l'insulinothérapie sont soulignés : l'isolement de la personne âgée, des troubles de la vue, un manque de compréhension, un manque de soutien familial et le manque de personnes pour accompagner le patient à l'hôpital. Les pratiques d'auto-soins sont souvent limitées par les différences culturelles entre patient et médecin. De plus, l'adhérence au régime alimentaire peut être favorisée par une meilleure communication et des décisions partagées entre ceux-ci.

Seale, Rivas, Al-Sarraj, Webb, & Kelly, (2013) affirment aussi que les patients ont des attitudes diverses (connaissances de la maladie, politesse) pour démontrer leurs capacités à s'autogérer face aux infirmier-ières. Signaler les épisodes de mauvaise adhésion aux recommandations (concernant les traitements médicamenteux, des régimes, l'alimentation ou l'exercice physique) était parfois perçu comme plus simple pour les patients anglophones sans crainte du regard du

professionnel de santé. « Je ne peux pas défier le soignant ». La majorité des patients anglophones ont présenté des preuves de leur bon comportement, ou fait des excuses plus élaborées quand ils n'ont pas suivi les régimes recommandés. Mais ils ont tout de même conservé une identité de « bon patient » auprès des soignants. (Seale, Rivas, Al-Sarraj, Webb, & Kelly, 2013, p.143)

Selon Fernandez et al., (2011, p.4) :

Les patients avec des compétences limitées en anglais, avec des médecins ayant une concordance linguistique, étaient plus susceptibles d'avoir un faible taux de glycémie que les patients latinos parlant anglais. En revanche, les patients avec des compétences limitées en anglais, avec des médecins ayant une discordance linguistique, étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir un faible contrôle glycémique.

Facteurs liés à l'interprète

Spécificités du travail de l'interprète. Selon Seale, Rivas, & Kelly, (2013), les interprètes ont beaucoup de liberté dans les consultations. Il arrive que lorsque l'interprète communique avec l'infirmier-ière ou un patient, il ne traduit pas l'intégralité de la discussion à l'un ou à l'autre. De plus, l'interprète modifie parfois le sens des paroles dans les traductions. Dans l'autre étude de Seale, Rivas, Al-Sarraj, Webb, & Kelly, (2013), la non-traduction des paroles du patient est parfois associée au fait que les interprètes sont enclins à engager des conversations avec le patient dans la langue de celui-ci. Les interprètes ont poursuivi des thèmes qui n'étaient pas ceux que l'infirmier-ière avait relevé. Par conséquent, certaines discussions entre patients et infirmier-ière ne sont pas claires. Les interprètes ont également discuté en anglais avec les infirmières sans proposer de traduction aux patients. Parfois, si l'interprète connaissait la réponse, cela paraissait plus facile et plus rapide de répondre directement à la question d'une infirmière ou d'un patient,

que de traduire laborieusement. Cela pourrait être aussi lié à une caractéristique largement rapportée dans d'autres études : la tendance des interprètes à adopter le rôle de « co-diagnosticien ». Selon Seale, Rivas, Al-Sarraj, et al., (2013), les patients de langue étrangère parlaient moins souvent des problèmes sans lien avec leur diabète avec les soignants que les patients anglophones. Les interprètes pourraient jouer un rôle afin d'améliorer ces difficultés.

Disponibilité et utilisation des interprètes professionnels. Selon Fernandez et al. (2011), les obstacles linguistiques dans les soins de santé peuvent entraîner différentes problématiques : une diminution de fréquentation des services de santé, même auprès des patients ayant une assurance maladie, une augmentation des difficultés de compréhension du traitement médicamenteux et une diminution de la satisfaction des patients dans les soins. Ces problématiques peuvent être améliorées grâce à une meilleure accessibilité aux services d'interprétariat professionnel. Même s'il y a une disponibilité des interprètes, plusieurs données émergentes évoquent la sous-utilisation de ceux-ci. De plus, des difficultés à agir sur les symptômes, à expliquer les traitements et à comprendre les préférences de traitement ont été soulignées par les médecins faisant appel à des interprètes. De ce fait, les médecins choisissent d'utiliser leurs propres compétences linguistiques limitées ou les membres de la famille comme interprètes. Tous les articles sélectionnés émettent des recommandations pour une meilleure utilisation de l'interprète (cf. facteurs liés au système de santé et facteurs liés au professionnel).

Autres types d'interprétariat. Dans l'étude de Hadziabdic, Lundin, & Hjelm, (2015), il est dit que le personnel bilingue a été utilisé pour interpréter des situations de soins quotidiens et des urgences. Sur les lieux de travail, le personnel de santé bilingue offre ses compétences linguistiques, en cas de besoin pour l'interprétariat, et n'est pas rémunéré pour cette tâche. Cela permet une certaine économie pour les municipalités. L'interprétariat ne fait pas partie de son cahier des charges et il se sent exploité par l'employeur. Certaines situations étaient difficiles à traduire et le personnel pouvait être blâmé pour avoir tenu les idées exprimées par d'autres professions. Les professionnels de santé ont estimé que les membres de la famille sont une des meilleures alternatives d'interprétariat. En effet, les membres de la famille s'inscrivaient dans les routines existantes, dans les soins multilingues. Le rôle des membres de la famille fait partie intégrante de la relation de prise en charge et leur implication dans les soins aux personnes âgées. Cependant, une interprétation de moindre qualité a été soulignée dans certaines situations du fait de l'influence émotionnelle négative sur les membres de la famille, en particulier, lors de la traduction d'informations négatives ou sensibles comme par exemple l'annonce de l'amputation d'un membre inférieur (Hadziabdic, Lundin, & Hjelm, 2015). Rappeler aux patients des informations manquantes, apporter des informations supplémentaires, du soutien et du réconfort est du ressort des membres de la famille. Néanmoins, les membres de la famille dirigent le médecin et le patient dans des conversations parallèles. Ils répondent directement aux questions posées au patient au lieu de traduire la réponse du patient. Cela risque d'entraver la communication soignant-soigné si toutes les informations ne sont pas transmises. Lorsque les membres de famille étaient utilisés comme interprètes, les cliniciens ne pouvaient pas gérer le flux des paroles et ne pouvaient pas se centrer sur le patient. (Hudelson, Dominicé Dao, Junod Perron, & Bischoff, 2013). Wilson et

al. (2012) relève que les interprètes familiaux étaient privilégiés puisqu'ils partagent la même culture que celle du patient et que cela permet une meilleure compréhension. Par contre, des difficultés à planifier des rendez-vous avec les membres de la famille ont été signalées.

Dans l'étude de Hadziabdic et al.,(2015) sur l'interprétariat téléphonique, il a été relevé que les participants ont perçu plusieurs difficultés par rapport à ce type d'interprétariat dans les soins de santé multilingues. En effet, ce moyen demande aux personnes âgées certaines capacités fonctionnelles. Elles sont souvent incapables d'utiliser un équipement technique et de suivre le langage corporel. Un manque de qualité sonore des équipements techniques sur le lieu de travail a été relevé.

Dans l'étude de Wilson et al. (2012), une amélioration des résultats de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) a été observée suite à l'utilisation de l'assistance téléphonique. Il y avait un rapport coût-efficacité moindre par rapport aux soins habituels et cette méthode a été bien acceptée par les patients. Selon une grande enquête multi-ethnique, l'utilisation du téléphone ou un support internet serait d'avantage susceptible d'être utilisé chez les patients ayant un niveau de littératie inférieure et ceci en raison d'une mauvaise communication avec les professionnels. Une éducation thérapeutique dans les communautés est privilégiée par les patients d'origine africaine ou caribéenne.

Facteurs liés au professionnel de santé

Communication inefficace. La revue systématique de Wilson et al. (2012) relève que certains patients pakistanais se sentent mal compris lorsque le médecin met en avant son rôle d'expert lors des consultations. Il est essentiel d'effectuer une

adaptation des services aux besoins culturels et à l'interprétariat par des professionnels de santé bilingues, afin de dispenser des consultations centrées sur le patient. De plus, deux études relèvent des lacunes sur la communication centrée sur le patient et une collaboration inefficace avec l'interprète. Le manque de compétences transculturelles des professionnels de santé peut être une barrière pour améliorer l'accès aux soins de santé ((Wilson et al. (2012); (Hudelson, Dominicé Dao, Junod Perron, & Bischoff, 2013)) . La communication était centrée sur les problématiques d'ordre clinique et il n'y a eu qu'un bref échange sur les problèmes sociaux et personnels engendrés par le diabète. Il y avait une communication unilatérale de la part des médecins et les questions utilisées étaient des questions fermées et des directives (Hudelson et al., 2013).

Selon l'étude de Seale, Rivas, Al-Sarraj, et al., (2013), le contenu des consultations montre que certains thèmes sont moins souvent évoqués dans les consultations interprétées que dans les consultations dans lesquelles les interlocuteurs parlent la même langue. Une plus grande distance sociale est supposée entre le professionnel de santé et le patient dans les consultations interprétées car beaucoup de discours manquent d'humour ou d'informations sur " le monde du patient" (Hudelson, Dominicé Dao, Junod Perron, & Bischoff, 2013 ; Seale, Rivas, Al-Sarraj, et al., 2013). Pour favoriser la participation du patient, élément important dans la gestion du diabète, une formation obligatoire des cliniciens et une attention particulière aux bonnes pratiques sont nécessaires. Le fait de se former permettra aux cliniciens d'écarter l'idée que le travail de l'interprète est intuitif. Ceci leur permettra de se sensibiliser au rôle et aux attentes de l'interprète et de fournir également des stratégies pour éviter ou surmonter des obstacles dans le dialogue (Hudelson et al., 2013).

Concordance linguistique. L'étude de Fernandez et al. (2011) suppose que les médecins possédant une concordance linguistique, comparativement aux médecins dépendants des interprètes, seraient capables d'expliquer l'autogestion du diabète aux patients, de les persuader d'utiliser de l'insuline, de reconnaître et de traiter une éventuelle dépression liée au diabète. De plus, les médecins possédant une concordance linguistique seraient capables de soulever les préoccupations des patients. Cependant, le mécanisme de l'association entre l'amélioration du contrôle glycémique et la concordance linguistique reste à préciser. Cette étude explique aussi que les médecins faisant appel à des interprètes ont mentionné avoir des difficultés à agir sur les symptômes des patients à leurs expliquer leurs traitements et à savoir quelles seraient leurs préférences de traitements.

Besoin de formations continues. Hadziabdic et al. (2015) a relevé les propositions des professionnels de santé :

- une formation individuelle pour l'accès aux services d'interprétariat de la municipalité
- une prise de conscience accrue de la nécessité de l'interprétariat dans les consultations
- une formation continue sur les modes de communication adéquats par l'intermédiaire d'un interprète.

De plus, les professionnels de santé ont cherché comment diverses caractéristiques (le sexe, l'origine ethnique et religieuse et le dialecte) peuvent entraver la relation entre l'interprète professionnel et la personne âgée (Hadziabdic et al., 2015).

Afin de faciliter le recours aux services d'interprétariat professionnel et dans le but qu'ils puissent interpréter objectivement et littéralement, le personnel soignant désire une meilleure formation des interprètes concernant les techniques d'interprétariat et les attitudes professionnelles. De plus, les exigences pour faire une formation d'interprète ont été diminuées afin de rendre cette formation plus accessible. De meilleures conditions d'emplois pour les interprètes ont été remarquées par les professionnels de santé (Hadziabdic et al., 2015). Dans leur étude, Eklöf, Hupli, & Leino-Kilpi, (2015) soulignent les suggestions des infirmières pour une meilleure sollicitation de l'interprète : la connaissance professionnelle, le rôle professionnel ainsi que les caractéristiques personnelles des interprètes. La connaissance professionnelle est définie par de bonnes connaissances linguistiques, de compréhension culturelle et des bonnes bases sur les principes éthiques.

Facteurs liés au système de santé

Guideline et coûts. Une partie des études (Eklöf, Hupli, & Leino-Kilpi, 2015 ; Hadziabdic et al., 2015 ; Haque et al., 2005) souligne la complexité et le manque de clarté des guidelines pour le recours aux services d'interprétariat professionnel. Selon Hadziabdic et al., (2015), malgré les politiques mises en place par les lieux de travail pour fournir des interprètes professionnels et informels, il y a un peu de guidelines sur le recours à interprètes dans les soins aux personnes âgées multilingues. Ceci conduit à une utilisation limitée des interprètes professionnels. Une planification à long terme pour l'utilisation des interprètes professionnels est nécessaire tandis que le personnel de santé bilingue est disponible plus rapidement. Il est cité également dans l'article de Haque et al. (2005) que l'utilisation des guidelines paraît complexe pour les médecins et qu'il n'y a pas de consignes

explicites en ce qui concerne les doses maximales d'antidiabétiques oraux et l'utilisation de l'insuline. Les experts de la pratique devraient approfondir les guidelines de manière uniforme et pratique, en collaboration avec les professionnels de santé. Pour l'élaboration de stratégies efficaces, ces guidelines devraient être présentés dans des ateliers interactifs avec les professionnels de santé. Les problèmes soulevés lors de ces ateliers, seraient repris pendant des colloques pour analyser les difficultés d'utilisation des guidelines.

L'étude d'Hadziabdic et al. (2015) souligne les suggestions des professionnels de santé. L'amélioration principale proposée était de créer une politique d'utilisation des interprètes, des guidelines concernant l'utilisation de différents types d'interprètes (interprétariat téléphonique, personnel bilingue, service d'interprétariat professionnel) et des modes d'interprétariat, accessibles et faciles à comprendre pour tout les employeurs sur le lieu de travail.

Un accès plus rapide et plus facile au service d'interprétariat a été proposé, en particulier pour les besoins urgents, et un service d'interprétariat avec des horaires d'ouverture plus souples sont souhaités. Rendre les procédures disponibles et visibles sur le site internet de l'institution et avoir une personne référente en ce qui concerne ces procédures et les règles de l'utilisation de l'interprète, pourraient être une solution réalisable au niveau organisationnel. Une simplification de la procédure administrative a été relevée comme un réel besoin pour l'utilisation d'interprètes professionnels. De plus, Wilson et al (2012) relèvent aussi qu'une meilleure disponibilité des services d'interprétariat sur 24 h est soutenue par les patients Urdu et Punjabi. Ces patients insistent sur une utilisation plus importante des interprètes par les cliniciens. D'autres suggestions ont été exprimées par les participants de l'étude pour optimiser l'utilisation des interprètes :

- Créer des outils d'interprétariat pour le personnel soignant utilisable au quotidien.
- Favoriser l'accès aux interprètes possédant des compétences linguistiques particulières surtout pour tenir compte de l'accroissement de la population âgée migrante.
- Employer du personnel soignant ayant des origines culturelles diverses permettant un accès rapide aux interprètes.

Accès au système de santé. Selon Wilson et al. (2012), l'amélioration de l'accès aux services de soins est freinée par différentes dimensions : le processus et la qualité des soins. Ces dimensions sont négativement influencées par les barrières sociales et culturelles.

Selon les médecins de l'étude de Haque et al. (2005) l'introduction de l'insuline dans les centres de santé exige un système de santé performant. Tous les médecins ont relevé ces obstacles :

- Des consultations trop courtes
- Une surcharge de travail
- Un turnover rapide de l'équipe
- Un manque de continuité des soins par le même médecin

Le chômage et la pauvreté des patients sont aussi une préoccupation des médecins. Cependant, une étude au Royaume-Uni relève que le contrôle glycémique est plutôt lié aux meilleures installations des cliniques et aux médecins diabétologues plutôt qu'à l'âge, à la classe sociale, aux habitudes de vie, aux attitudes ou à la connaissance des patients.

Discussion

Nous débuterons notre discussion par un rappel de la question de recherche, puis nous aborderons les problématiques liées à la prise en charge du diabète chez les patients allophones. Ensuite, les difficultés de communication dans le dialogue seront relevées. De plus, nous apporterons notre regard critique sur les difficultés de communication dans le dialogue. Par la suite nous présenterons les suggestions d'amélioration des infirmières. Puis les problématiques éthiques liées à l'utilisation des interprètes non-professionnels seront soulignées. L'utilisation de l'interprétariat téléphonique et du support internet sera également abordé. Enfin, nous évoquerons la communication liée au consentement éclairé des patients.

Pour conclure, nous vous présenterons nos recommandations pour la pratique et les forces et limites de cette revue de littérature.

Nous avons exploré les facteurs qui peuvent influencer l'utilisation des services d'interprétariat professionnel dans la prise en charge infirmière des patients allophones atteints de diabète. Le diabète est une pathologie chronique qui se développe au niveau mondial. "Cinq millions de personnes sont mortes, des suites du diabète en 2015. Une personne meurt du diabète toutes les six secondes dans le monde, soit plus que le sida, la tuberculose et la malaria" (OMS, 2016). Les barrières linguistiques peuvent largement freiner la gestion de la maladie. Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE, 2009), "La prévention et le traitement du diabète et de ses complications coûtent environ 90 milliards EUR par an dans la seule Europe". Le diabète et les maladies chroniques engendrent des dépenses considérables pour le système de santé. La prise en charge du diabète, chez les migrants, plus particulièrement auprès des patients allophones est problématique. C'est pourquoi, l'exemple de la prise en

charge du diabète, chez les patients allophones, est transférable à d'autres pathologies chroniques. L'interprète professionnel en tant que médiateur culturel est largement reconnu comme nécessaire pour une prise en charge optimale des patients issus de minorités ethniques (Seale, Rivas, Al-Sarraj, et al., 2013 et Fernandez et al., 2011) Cependant, il est constaté qu'il y a une sous utilisation des interprètes professionnels (Fernandez et al., 2011) et lorsque les professionnels de santé font appel à un interprète, certaines difficultés relevées seraient dues aux compétences transculturelles lacunaires (Wilson et al., 2012).

L'analyse des différents résultats des études sélectionnées en regard des cadres théoriques nous permettra d'établir les facteurs clés pour l'amélioration du dialogue. La conscience de ces facteurs clés auprès des professionnels de santé permettrait l'élaboration de politiques mieux ciblées pour faciliter l'accès et l'utilisation des interprètes professionnels.

Le choix du diabète est motivé par le fait que cette maladie est bien représentative d'autres pathologies chroniques dans un contexte de migration croissante. De plus, la gestion du diabète s'inscrit dans le "Chronic Care Model". Parallèlement, dans ce contexte, l'utilisation du modèle de compétence transculturelle de Domenig paraît essentiel pour soutenir les problématiques des minorités ethniques. Ces deux modèles sont souvent dissociés et pourtant, ils sont complémentaires. En effet, l'étude de Hahn et al., (2015) a constaté que la littératie en santé était plus faible chez les patients allophones comparativement aux patients autochtones. La littératie en santé influence négativement l'autogestion des patients allophones atteints de diabète. D'après le "Chronic Care model", le partenariat avec le professionnel de santé associé à des connaissances suffisantes de la maladie permet l'empowerment du patient. De même, l'empowerment entraîne une meilleure auto-efficacité du patient.

L'étude de Fernandez et al., (2011) souligne que la concordance linguistique du médecin avec le patient allophone contribue à un meilleur contrôle glycémique. Effectivement, il est supposé que les médecins possédant une concordance linguistique comparativement aux médecins dépendant des interprètes seraient capables d'expliquer l'autogestion du diabète au patient, de persuader celui-ci d'utiliser de l'insuline, de reconnaître et de traiter les éventuelles dépressions associées au diabète et soulever les préoccupations du patient. De plus, les aptitudes de communication et la confiance accordée au médecin par les patients étaient plus élevées.

Plusieurs études recommandent l'utilisation de l'interprète professionnel. Néanmoins, de nombreuses difficultés apparaissent dans le dialogue. Des techniques de communication inefficaces dans le dialogue et des compétences transculturelles manquantes des soignants affectent le partenariat. Une plus grande distance sociale est supposée entre le professionnel de santé et le patient dans les consultations interprétées, du fait que beaucoup de discours manquent d'humour ou d'informations sur " le monde du patient". En effet, signaler les épisodes de mauvaise adhésion aux recommandations (concernant les traitements médicamenteux, des régimes, d'alimentation ou d'exercice physique) était parfois perçu comme plus simple pour les patients anglophones sans crainte du regard du professionnel de santé. De ce fait, les interprètes peuvent être considérés comme des médiateurs moraux entre le patient et le professionnel de santé pouvant influencer la réputation morale du patient. (Seale, Rivas, Al-Sarraj, et al., 2013)

Souvent dans les articles, les particularités négatives du travail de l'interprète comme l'omission ou la non-traduction de certains dires du patient ou du soignant sont relevés (Seale, Rivas, Al-Sarraj, et al., 2013). Nous pouvons supposer que les professionnels de santé ne se sentent pas concernés par les difficultés vécus dans

le triologue et que seul l'interprète est mis en cause. Agir sur ces difficultés à l'aide de formation auprès des soignants plus ciblées sur les compétences transculturelles en intégrant le "Chronic Care Model" permettrait une prise de conscience pour établir une meilleure collaboration avec l'interprète. Dans notre formation de Bachelor en soins infirmiers, un grand nombre d'étudiants a révélé un manque d'intérêt pour le module d'anthropologie malgré le contexte actuel de migration en Suisse. Pourtant, l'anthropologie a évolué d'un concept d'ethnocentrisme à un concept de transculturalité. De ce fait, les patients allophones atteints de diabète peuvent nous aider à devenir plus conscients de cette réalité interculturelle.

Dans l'article Hadziabdic et al., (2015), les infirmières ont suggéré une meilleure formation des interprètes concernant les techniques d'interprétations ainsi que les attitudes professionnelles des interprètes. De plus, les exigences pour faire une formation d'interprète ont été diminuées afin de rendre cette formation plus accessible. De meilleures conditions d'emplois pour les interprètes ont été remarquées par les professionnels de santé. Si une meilleure communication dans le triologue est possible, on suppose que les consultations interprétées pourront atteindre le même niveau de partenariat que les consultations entre les patients allophones et les médecins ayant une concordance linguistique.

Malgré les avantages liés à l'utilisation du personnel bilingue et des membres de la famille pour les institutions, cela soulève différentes problématiques éthiques.

Dans les services de santé, le personnel bilingue est largement utilisé en qualité d'interprète. Cependant, malgré que ce soit économiquement bénéfique pour les institutions, il a été relevé que le personnel bilingue se sentait frustré. En effet, l'interprétariat ne fait pas partie de leur cahier des charges et les employés bilingues se sentent exploités en tant qu'interprète du fait de la non-rémunération de cette

activité par les employeurs. De plus, c'est une charge supplémentaire à leur emploi du temps déjà chargé.

Les membres de la famille sont aussi utilisés régulièrement dans les soins de santé. De plus, les membres de la famille s'inscrivent dans les routines existantes des soins multilingues. Néanmoins, une interprétation de moindre qualité a été soulignée dans certaines situations du fait de l'influence émotionnelle négative sur les membres de la famille, en particulier, lors de la traduction d'information négative ou considérée comme sensible (Hadziabdic et al., 2015).

Wilson et al., (2012) a relevé que l'utilisation du téléphone ou d'un support internet serait d'avantage susceptible d'être utilisé auprès des patients ayant un niveau de littératie inférieure et ceci en raison d'une mauvaise communication avec les professionnels. L'assistance téléphonique ou le support internet peut être complémentaire au travail de l'interprète professionnel. Effectivement, ces moyens de communication sont accessibles rapidement et à moindre coût et cela pourrait pallier au manque de disponibilité de l'interprète professionnel.

L'étude de cas de Meyer & Bührig, (2014) présente des exemples de consultations interprétées et de même langue pour le consentement éclairé des patients. Il a été constaté des difficultés pour la transmission des risques ou la gravité d'une intervention, des traitements ou de la maladie en général. Dans la plupart des hôpitaux, l'interprétariat n'est pas pratiqué systématiquement et n'est pas conforme à des procédures clairement définies. En outre, Il est vraisemblable que les normes juridiques et les droits des patients sont clairement bafoués car les patients sont informés en allemand sans compétence linguistique dans cette langue.

Selon la stratégie 2020 (Saladin, Bühlmann, Schweiz, Bundesamt für Gesundheit, & H+ die Spitäler der Schweiz, 2009), « chaque groupe de population

doit avoir les mêmes chances de vivre en bonne santé et d'avoir une de vie optimale ». L'interprète est un acteur indispensable pour la prise en charge des patients allophones. De ce fait, les difficultés liées aux barrières linguistiques seront limitées et les chances seront égales pour tous y compris les migrants. Pourtant, il n'est pas précisé au niveau des lois fédérales et cantonales si le recours à l'interprète est autorisé et sous quelles conditions. Cette situation est d'autant plus étonnante que l'obligation d'informer les patients est considérée, implicitement ou explicitement, comme un droit fondamental incontestable (Saladin, Bühlmann, Schweiz, Bundesamt für Gesundheit, & H+ die Spitäler der Schweiz, 2009).

Nous recommandons l'élaboration de politiques ciblées permettant un accès facilité et une utilisation adéquate et plus intensive des services d'interprétariat professionnel. Par conséquent, ces politiques devraient inclure une meilleure formation des professionnels de santé et des interprètes en ce qui concerne les compétences transculturelles et les difficultés qui peuvent survenir dans un dialogue. Ceci afin de sensibiliser les professionnels de santé au contexte de diversités multiculturelles. De plus, élaborer des guidelines en collaboration avec les acteurs du dialogue pourrait rendre les procédures moins complexes. Toutes ces recommandations sont autant de pistes qui rendront l'utilisation de l'interprète professionnel plus systématique. L'utilisation plus courante de l'interprète professionnel engendrera un partenariat plus efficace avec le patient et l'infirmière. De ce fait, l'interprète devient l'allié du patient et de l'infirmière. Ce partenariat engendrera une plus grande littératie en santé du patient allophone et entraînera l'empowerment de celui-ci. Ce qui aboutira à une meilleure prise en charge du diabète pour les populations migrantes. Pour conclure, une prise en charge optimale des patients allophones atteints de diabète favorisera une diminution des coûts de la santé.

Forces et limites

Un plus grand nombre d'articles aurait pu être intégré à cette revue mais nous étions limités par le cadre des directives du "Bachelor Thesis". Nous aurions pu développer plus en profondeur certains thèmes liés à notre question de recherche tels que l'anthropologie et l'ethnopsychiatrie. Les articles retenus sont issus de plusieurs pays comme Etats-Unis, Afrique du Sud, Suède, Finlande, Royaume-Uni et Suisse. Ces articles se sont basés sur les expériences des patients, des professionnels de santé et des interprètes et ont abordé différents concepts comme la littératie en santé, le travail moral, l'auto-gestion et l'auto-efficacité. Sur les neuf articles retenus, sept articles ont associé le diabète et l'interprétariat. De plus, tous nos articles sont récents, ils sont datés de 2005 à 2015, dont une revue systématique de 2011. Nous avons abouti à des recommandations concrètes et transférables dans la pratique pour favoriser l'accès et l'utilisation des services d'interprétariat professionnel.

Références bibliographiques

- Althaus, F., Paroz, S., Renteria, S.-C., Rossi, I., Gehri, M., & Bodenmann, P. (2010). La santé des étrangers en Suisse Les médecins ont-ils mieux à faire ou peuvent-ils mieux faire ? *Forum Med Suisse*, 10.
- ASI-SBK. (2007, Mai). Position éthique 2 Responsabilité et qualité dans les soins infirmiers. Consulté à l'adresse https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/fr/Ethische_Standpunkte_2_f.pdf
- Bischoff, A., & Steinauer, R. (2007). Pflegende Dolmetschende? Dolmetschende Pflegende? Literaturanalyse. *Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*, 20, 343-351.
- Eklöf, N., Hupli, M., & Leino-Kilpi, H. (2015). Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nursing*, 32(2), 143-150. <https://doi.org/10.1111/phn.12120>
- Fernandez, A., Schillinger, D., Warton, E. M., Adler, N., Moffet, H. H., Schenker, Y., ... Karter, A. J. (2011). Language Barriers, Physician-Patient Language Concordance, and Glycemic Control Among Insured Latinos with Diabetes: The Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). *Journal of General Internal Medicine*, 26(2), 170-176. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1507-6>
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon: Mallet conseil.
- Kieffer, B. (2012). Littérature en santé et Web 2.0. *Revue Médicale Suisse*, 8, 2312.
- Le grand dictionnaire terminologique. (2003). Consulté 7 juillet 2017, à l'adresse

http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=1298948

Meyer, B., & Bührig, K. (2014). Interpreting risks. Medical complications in interpreter-mediated doctor-patient communication. *European Journal of Applied Linguistics*, 2(2). <https://doi.org/10.1515/eujal-2014-0010>

Modèle de Wagner, les six piliers du Chronic Care Model (CCM), historique (m-à-j 25 janvier 2013) - ChroniSanté. (2013). Consulté 12 juillet 2017, à l'adresse <http://chronisante.inist.fr/?Modele-de-Wagner-les-six-piliers>

Office fédéral de la santé publique OFSP. (2008, avril). Population migrante: prévention et promotion de la santé Guide pour la planification et la mise en oeuvre de projets. OFSP; Promotion santé Suisse. Consulté à l'adresse http://www.migesplus.ch/fileadmin/Publikationen/480565_Broschuere_fr_low.pdf

Office fédéral de la santé publique OFSP. (2013). *Programme migration et santé Bilan 2008-2013 et axes prioritaires 2014-17*. Consulté à l'adresse <file:///C:/Users/douph/Downloads/migration-sante-bilan-axes-prioritaires-2014-17.pdf>

Organisation mondiale de la santé OMS. (2016). Rapport mondial sur le diabète Résumé d'orientation. Consulté à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204875/1/WHO_NMH_NVI_16.3_fre.pdf?ua=1

Pélicand, J., Fournier, C., & Aujoulat, I. (2009). Observance, auto-soin (s), empowerment, autonomie: quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. *ADSP*, 66, 21–3.

Santé : le coût élevé du diabète - OCDE. (2017). Consulté 27 juin 2017, à l'adresse

<http://www.oecd.org/fr/presse/santelecoulevedudiabete.htm>

Schibli, D., & Hodel, M. (2012). *Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours, Rapport du groupe de travail "Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours de la CDS et de l'OFSP, Berne.*

Consulté à l'adresse

http://www.fmh.ch/files/pdf13/versorgungsmodelle_f.pdf

Seale, C., Rivas, C., Al-Sarraj, H., Webb, S., & Kelly, M. (2013). Moral mediation in interpreted health care consultations. *Social Science & Medicine*, 98, 141–148. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.014>

Seale, C., Rivas, C., & Kelly, M. (2013). The challenge of communication in interpreted consultations in diabetes care: a mixed methods study. *British Journal of General Practice*, 63(607), 125–133. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X663082>

Secrétariat d'état aux migrations. (2017). Statistique sur les étrangers, avril 2017.

Consulté 11 juillet 2017, à l'adresse

<https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/auslaenderstatistik/archiv/2017/04.html>

Self-Management Support :: Improving Chronic Illness Care. (s. d.). Consulté 8

juillet 2017, à l'adresse

http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Self-Management_Support&s=22

Statistiques sur l'immigration, février 2017 - statistik-zuwanderung-2017-02-f.pdf.

(s. d.). Consulté à l'adresse

<https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/statistik/auslaenderstatistik/archiv/2017/02-f.pdf>

istik/monitor/2017/statistik-zuwanderung-2017-02-f.pdf

The Chronic Care Model ; Model Elements. (s. d.). Consulté 7 juillet 2017, à l'adresse

http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Model_Elements&s=18

Wilson, C., Alam, R., Latif, S., Knighting, K., Williamson, S., & Beaver, K. (2012).

Patient access to healthcare services and optimisation of self-management for ethnic minority populations living with diabetes: a systematic review: Patient access to healthcare services and optimisation of self-management. *Health & Social Care in the Community*, 20(1), 1–19. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01017.x>

Zellweger, E., & Pluess, S. (2013). *Gérer la diversité en milieu hospitalier; programmes d'action « migrant-friendly hospitals »*. Evaluanda. Consulté à l'adresse www.hospitals4equity.ch/

ANNEXE 1

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche qualitative

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Eklöf, N, Hupli, M & Leino-kilpi, H. (2014). Nurses 'perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. Public Health Nursing 32 (2),143-150.
Introduction Problème de recherche	<p>Une forte augmentation des migrants est remarquable au niveau mondial. En 2010, environ 4,2% de 5,6 millions de la population Finlandaise étaient de langue étrangère. Ce sont des Russes, des Estoniens, des Anglais, des Somaliens et des Arabes qui constituent un grand groupe des personnes de langue étrangère en Finlande. La qualité des soins a un impact négatif suite aux barrières linguistiques. Cette qualité des soins des patients allophones est améliorée par l'utilisation des interprètes professionnels. Par contre, cette utilisation des interprètes professionnels peut conduire à des erreurs avec des conséquences cliniques importantes et à des situations désagréables chez le patient.</p>
Recension des écrits	<p>Différentes problématiques découlant de l'utilisation des interprètes peuvent amener à des pratiques des interprètes informels comme des membres de famille voire des consultations sans interprète.</p> <p>Des effets négatifs sur l'interaction infirmière-patient-interprète peuvent découler d'une formation insuffisante des interprètes. C'est pourquoi, la compétence de l'interprète reste une exigence fondamentale.</p> <p>En Finlande, les interprètes professionnels sont rémunérés. La formation universitaire spécifique et la formation donnée par un service d'interprète indépendant caractérisent les niveaux de formation des interprètes. Une procédure et un code d'éthique national et international comprenant des informations sur l'éthique professionnelle, les conditions de travail et le contrat doivent guider le travail d'un interprète professionnel. Cependant, les guidelines ne sont pas clairs quant à l'utilisation de l'interprète dans la pratique clinique.</p> <p>Les infirmières aimeraient que les interprètes soient une personne neutre qui sert des courtiers de culture ou qui transfère les informations d'une langue à l'autre.</p> <p>L'interprète a un rôle neutre entre le patient et le médecin généraliste et sert également de lien d'information. De ce fait, le patient doit être autonome et actif et le médecin généraliste ou un autre prestataire de soins doit savoir le travail du domaine de l'interprète.</p> <p>L'interprète est considéré par les patients, du point de vu culturel comme un lien quand il existe des barrières linguistiques entre les prestataires de soins et le patient. Les différences culturelles, la peur, les soupçons et le manque de confiance envers les interprètes créent des difficultés. Les interprètes sont souvent exclus par les personnels soignants bien qu'ils se sentent eux-mêmes appartenir à l'équipe des soins.</p> <p>En Finlande, les services d'interprétariat sont mis à disposition de patients allophones. Par contre, les coûts liés à l'interprétariat varient en fonction de type d'immigration. Lorsque le patient est dans un programme d'intégration, le gouvernement prend en charge les coûts d'interprétariat. Dans le cas contraire, c'est la municipalité qui s'occupe des coûts de l'interprétariat. Suite à ces directives concernant les coûts d'interprétariat, des lignes directrices pour l'utilisation de l'interprète sont si sévères dans plusieurs institutions sanitaires à tel point qu'il n' y a pas de recours à l'interprète dans certaines consultations des patients allophones.</p> <p>Bien que l'importance de la compétence culturelle soit reconnue dans les programmes d'études en sciences de la santé publique dans différentes universités de sciences appliquées ainsi que l'importance des interprètes dans les soins et l'accroissement de la population migrante, il n'existe pas à ce jour de formation spécifique dans l'utilisation d'interprètes pour les infirmières même pour les infirmières en santé publique en Finlande.</p>

Cadre théorique ou conceptuel	Compétences transculturelles dans les soins.
Question de recherche/buts	<p>Question : Quels sont les facteurs à prendre en compte lors de l'utilisation des interprètes dans la prise en charge des migrants dans le contexte de santé primaire ?</p> <p>But/objectif : Décrire les perceptions des infirmières sur les facteurs à prendre en considération lors de l'utilisation des interprètes dans l'accompagnement des patients migrants en santé primaire.</p>
Méthodes Devis de recherche	Etude qualitative descriptive.
Population, échantillon et contexte	<p>Contexte : Centre de santé primaire dans une ville au sud de la Finlande.</p> <p>Population-échantillon : 8 Infirmières de santé publique avec environ huit ans d'ancienneté.</p> <p>Critères d'inclusion : Infirmières travaillant auprès de patients migrants allophones</p> <p>Critères d'exclusion : Interprétariat téléphonique</p>
Méthode de collecte des données	Méthode de collecte des données : Cette étude était menée par des entretiens individuels et les données récoltées ont été traitées avec une analyse inductive. Les entretiens étaient d'environ 60 minutes et se déroulaient dans un endroit calme. Il y a eu des enregistrements et des transcriptions de tous les entretiens.
Déroulement de l'étude	C'est dans une ville au sud de la Finlande que se déroule cette étude en 2008. Un centre de santé composé de 20 différents services était concerné par cette étude. Cette partie de la région est peuplée par plus de la moitié des migrants, cela explique le choix de cette partie de la région. Une liste des adresses mails des services respectifs est établie pour la sélection des participants. Il y avait sur cette liste, 20 infirmières de 20 différents services qui ont été contactées par un courrier. Huit parmi elles, ont accordé une réponse positive. Elles avaient environ huit ans d'ancienneté dans les soins. Les infirmières avaient reçu auparavant des informations sur l'étude ainsi que les coordonnées de personnes de contact. Elles ont aussi reçu des informations avant chaque entretien.
Considérations éthiques	Une autorisation pour cette étude a été accordée par les centres de santé concernés. D'après les recommandations du conseil consultatif sur l'Ethique en lien avec la recherche (2002), l'anonymat, la confidentialité et le libre choix de se retirer de l'étude furent garantis.
Résultats Traitement/ Analyse des	C'est un chercheur qui a analysé les données récoltées par l'analyse inductive conforme de Graneheim et Lundman (2004). Pour assurer une meilleure compréhension, les transcriptions étaient auditionnées à maintes reprises. Différentes rubriques représentaient les données analysées (des mots, des phrases ou des pensées) et ensuite ces données étaient condensées. Chaque rubrique était classée en sous catégories

données	puis en catégories selon leur ressemblance.
Présentation des résultats	<p>Les données récoltées étaient condensées et trois catégories étaient retenues.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. "Facteurs liés à l'interprète" 2. "Facteurs liés à l'infirmière et à l'organisation des soins" 3. "Facteurs liés aux patients et à sa culture" <p>1. Facteurs liés à l'interprète</p> <p>Des facteurs importants pour la sollicitation des interprètes sont: la connaissance, le rôle professionnel ainsi que les caractéristiques personnelles. Quant à l'utilisation de l'interprète, la connaissance professionnelle de l'interprète est fondamentale selon les infirmières. Il s'agit dans ce cas de bonnes bases des principes éthiques , de bonnes connaissances linguistiques et de compréhension culturelle. Une bonne maîtrise de deux langues pratiquées dans la consultation était recommandée.</p> <p>Pour assurer un bon travail d'interprétariat, différents critères sont utilisés par les infirmières mais les compétences linguistiques restent difficiles à évaluer. La longueur, le rythme et la pause doivent être égaux dans les deux langues et de même, l'interprète devrait éviter d'utiliser des mots dans sa langue maternelle durant la séance. L'interprète devrait avoir la compréhension de deux cultures concernées. La déontologie des interprètes, la neutralité, la confidentialité, et le respect du patient et de l'infirmière requière l'attention des infirmières. Afin de rester impartial, les valeurs personnelles, les relations et les problèmes culturels sont exigés à l'interprète pour sa neutralité. L'interprète donne des éléments de réponse et ceci compromet la neutralité de l'interprète dans la prise en charge des enfants. Il y a deux sortes de rôles de l'interprète. D'une part, pour établir une bonne atmosphère. l'interprète devrait expliquer les différences culturelles durant la séance et il est ainsi considéré comme un pont permettant le lien des deux langues et cultures. D'autre part, sans rajouter d'autres explications, l'interprète devrait traduire le message, mot par mot. Ceci est une marque de confiance et de professionnalisme. Ces deux comportements dépendent du contexte et de la situation présente et sont tous les deux adéquats . Cependant, certaines infirmières préfèrent des interprètes qui expliquent les différences culturelles et d'autres, préfèrent ceux qui font des traductions. Selon la relation infirmière-patient et interprète, les caractéristiques personnelles des interprètes étaient prises soit positivement soit négativement. L'empathie, l'attention, l'objectivité, la sensibilité, la gentillesse ainsi que la capacité de se mettre à la place du patient étaient nommées comme caractéristiques positives qui améliorent la relation infirmière-patient et l'interprète. Et, un tempérament chaud, le manque d'expression, la nervosité, la monotonie ou la rigidité étaient des caractéristiques négatives qui compromettaient la relation malgré que le manque d'expression et la rigidité font partie du professionnalisme.</p> <p>2. Facteurs liés à l'infirmière et à l'organisation des soins</p> <p>Les éléments qui paraissaient importants sont: la planification du rendez-vous, sa réalisation et la formation des infirmières sur la collaboration des interprètes. La décision de faire appel à un interprète, la réservation des interprètes, leur disponibilité et le sujet à discuter ainsi que du temps à disposition devaient être clarifiés pour planifier un rendez-vous. Selon les mesures du centre de santé, la décision de faire appel à un interprète devrait tenir compte de la nécessité et des coûts. Les infirmières en tiennent compte si possible et restent attentives à cette problématique des coûts. La distinction des types d'immigration et ses relations des coûts de l'utilisation de l'interprète entraînent les patients dans des positions inégales selon les infirmières. D'après le vécu des infirmières, leur charge de travail fut augmentée car l'accessibilité au service d'interprétariat par téléphone était difficile. Dans des situations d'urgence, la disponibilité des interprètes posait aussi problème. Pour de rendez-vous périodiques, cette moindre disponibilité empêchait l'utilisation du même interprète, ceci amenait des problèmes de confiance et de continuité des soins. Un travail efficace avec les interprètes fut possible par la planification du sujet à discuter lors du rendez-vous .</p>

	<p>Collaborer avec un interprète exigeait le double du temps par rapport à une consultation sans interprète et le temps accordé était limité selon les infirmières. Les infirmières étaient obligées en premier tour d'informer les patients du sujet à discussion et lui prévenir les examens qui seront effectués prochainement à l'absence d'interprète. Une disposition physique et une bonne communication sont demandées pour la réalisation de la collaboration avec l'interprète. L'accroissement de l'égalité entre eux et la visibilité du rôle neutre de l'interprète sont marqués par le simple fait de disposer des chaises à égale distance avec le patient, l'infirmière et l'interprète en formant un triangle. Il est important qu'une communication soit claire, évitant des termes médicaux et du jargon et utilisant un langage simple. Pour augmenter la sensibilité sur les facteurs liés à l'utilisation de l'interprète et approfondir efficacement la connaissance et les compétences, une éducation formelle pendant les études en soins infirmiers en santé publique est nécessaire. Toutes ces infirmières n'ont pas eu de formation à ce sujet et ont appris à collaborer avec un interprète par leurs expériences. Pour collaborer avec un interprète ou dans la prise en charge des patients migrants, certaines infirmières ont évoqué ce manque de formation comme étant un élément qui les handicape.</p> <p>3. Facteurs liés au patient et à la culture</p> <p>Les infirmières ont évoqué des facteurs clés de la relation patient-interprète : la perception de l'interprète par le patient, la vie privée du patient et ses attentes vis-à-vis de l'interprète. La perception de l'interprète est variable en fonction du patient lui-même et de sa culture. En effet, l'interprète est parfois pris pour un assistant car les patients lui confèrent d'autres préoccupations ne se centrant pas sur les soins. Il peut aussi être considéré comme un ami parce qu'il partage une culture et une langue commune ou perçu comme un étranger. Ceci se retrouve souvent dans la prise en charge des enfants où les parents sont absents.</p> <p>La notion de confidentialité et la protection de la vie privée du patient lorsqu'il faut faire appel à un interprète pose problème, car les migrants vivent généralement en groupe dans de petites ethnies. Les patients hésitent même à collaborer avec un interprète ou à évoquer leurs soucis de santé. De ce fait, les infirmières ont utilisé au maximum le même interprète à chaque consultation pour pallier à ces difficultés. En ce qui concerne le choix de l'interprète par les patients, ceux-ci préféreraient une personne spécifique ou un membre de la famille. Cependant l'utilisation d'un membre de la famille comme interprète pose un problème éthique. Certains patients issus de cultures différentes ont émis un souhait au niveau du genre principalement pour les cultures où le contact entre les deux sexes est limité. Ces diverses exigences ont été respectées dans la mesure du possible.</p>
<p>Discussion</p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Il ressort de cette étude que l'utilisation d'un interprète est un sujet complexe. Pour une réalisation efficace, plusieurs questions pratiques et éthiques doivent être relevées avant de planifier un rendez-vous.</p> <p>Dans l'utilisation des interprètes, les coûts semblent jouer un grand rôle. Bien que le droit des patients, la nécessité des services d'interprétariat et les devoirs des infirmières devraient intervenir dans la décision de faire appel à l'interprète. Les types de migration ou des mesures relatives aux coûts guident souvent cette décision.</p> <p>Dans divers pays, l'utilisation efficace des interprètes est limitée par des coûts.</p> <p>La disposition physique dans le dialogue, le mode de communication et la langue utilisée sont importants pour travailler efficacement avec l'interprète. Les infirmières restent attentives à cette problématique des coûts.</p> <p>La relation patient-infirmière et le rôle neutre de l'interprète est améliorée par ces techniques de communication et ces techniques augmentent également l'efficacité de la consultation. Une accessibilité et une disponibilité des services d'interprétariat sont requises pour planifier le rendez-vous avec un interprète.</p> <p>Le contact par téléphone des services d'interprétariat, le manque d'interprètes en particulier dans des langues rares ainsi que la charge de travail des infirmières représentent les obstacles rencontrés.</p> <p>La continuité et la qualité des soins sont défavorisées par ces obstacles. Dans les soins, les compétences linguistiques d'un interprète sont vivement recommandées. Comme les infirmières ne sont pas multilingues, elles rencontrent cependant des difficultés pour évaluer ces compétences. Elles se contentent de leurs expériences pour évaluer les compétences linguistiques de l'interprète. L'essentiel est que les infirmières fassent confiance à l'interprète qui assure un lien entre le patient et l'infirmière. Des erreurs avec des conséquences cliniques</p>

	<p>peuvent être induites par cette incompétence linguistique.</p> <p>Les infirmières considèrent les interprètes comme des courtiers de la culture et des instruments de traduction. Le rôle de l'interprète porte à confusion. Il n'y a pas un rôle qui soit si important que l'autre mais ceci peut augmenter la fiabilité de l'interprétariat. Ce rôle devient problématique lorsque l'interprète est considéré par le patient comme étant un ami ou un étranger.</p> <p>Le souhait des patients d'utiliser les membres de famille comme interprètes est accentué par le manque de confiance des patients vis-à-vis de l'interprète. Cette utilisation est à proscrire car les interprètes informels manquent de qualification et de responsabilité professionnelle.</p> <p>L'utilisation d'un interprète soulève des questions éthiques comme l'inégalité des soins, le non- respect de droit des patients par rapport à la confidentialité et de l'autonomie par rapport au choix de l'interprète.</p>
Forces et limites	<p>Forces : Cette étude montre la complexité du rôle de l'interprète et plusieurs aspects comme la formation des infirmières en santé publique doivent être traités.</p> <p>Limites : Cette étude ne prend en compte qu'une partie de la région de la Finlande où il y a un grand nombre des migrants. D'autres applications des résultats de cette étude devraient prendre en compte les différences chez la population migrante, la disponibilité des interprètes et des services de santé. Selon le service de migration, les différentes régions de la Finlande accueillent des réfugiés de divers pays, ceci amène des problèmes culturels dans l'utilisation des interprètes, cette étude aurait pu inclure ces différentes régions de la Finlande.</p>
Conséquences et recommandations	<p>L'utilisation des interprètes professionnels dans les soins s'appuie sur plusieurs facteurs : L'interprète favorise la communication infirmière-patient, l'utilisation de l'interprète peut améliorer le travail fourni par les infirmières et rendre la relation patient-infirmier moins pénible ou amener des problèmes éthiques. Les infirmières, en élucidant les problématiques rencontrées dans une consultation avec un interprète, vont anticiper le rendez-vous et vont pouvoir travailler de manière efficace. Ceci permettra de réduire le temps et de diminuer les coûts.</p> <p>A partir de cette recherche, une autre étude serait souhaitable pour investiguer l'influence de l'utilisation des interprètes au niveau des principes éthiques et de la qualité des soins des migrants. Les résultats de cette étude pourraient aussi s'appliquer dans l'avenir aux infirmiers des différents milieux des soins, dans l'administration et dans la formation du personnel soignant.</p>
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Eklöf, N., Hupli, M., & Leino-Kilpi, H. (2015). Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. <i>Public Health Nursing</i> , 32(2), 143-150. https://doi.org/10.1111/phn.12120				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	x			L'étude décrit clairement les perceptions des infirmières dans l'accompagnement des patients migrants allophones et l'utilisation des interprètes en Finland.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			Toutes les étapes sont bien présentées et clairement identifiées.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	x			Les barrières linguistiques présentent un impact négatif dans les soins.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	x			L'utilisation des interprètes professionnels améliore la qualité des soins des patients allophones.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?			x	Il n'y a pas de cadre théorique énoncé dans cette étude.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	x			Question : Quels sont les facteurs à prendre en compte lors de l'utilisation des interprètes dans la prise en charge des migrants dans le contexte de santé primaire ?
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	x			C'est une étude qualitative descriptive.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	x			Cette étude décrit les perceptions des infirmières.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			Cette étude concerne les infirmières de santé publique qui travaillent auprès des patients migrants.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			8 Infirmières de santé publique avec environ huit ans d'ancienneté.

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	x			Cette étude était menée par des entretiens individuels et les données récoltées ont été traitées avec une analyse inductive. Il y a eu des enregistrements et des transcriptions des données.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	x			La sélection des infirmières a été établie par une liste des adresses mails des services respectifs.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			D'après les recommandations du conseil consultatif sur l'Ethique en lien avec la recherche (2002), l'anonymat, la confidentialité et le libre choix de se retirer de l'étude à tout moment furent garantis.
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	x			Les transcriptions étaient auditionnées à maintes reprises pour assurer une meilleure compréhension.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?			x	
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	x			Plusieurs verbatim sont reportés dans les résultats.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	x			Les thèmes utilisés touchent les infirmières, les patients et les interprètes et relèvent les perceptions des infirmières sur le trialogue.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?	x			<i>C'est un chercheur qui a analysé les données récoltées par analyse inductive.</i>
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	x			Les auteurs se sont basés sur d'autres études par exemple Bischoff & Hudelson, 2010; Flores et al. 2003 etc...
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	x			Les résultats de cette étude pourraient aussi s'appliquer dans l'avenir aux infirmiers des différents milieux des soins, dans l'administration et dans la formation du personnel soignant.

ANNEXE 2

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche qualitative

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Haque, M., Navsa, M., Emerson, S. H., Dennison, C. R., & Levitt, N. S. (2005). Barriers to initiating insulin therapy in patients with type 2 diabetes mellitus in public-sector primary health care centres in Cape Town. <i>Journal of Endocrinology, Metabolism and Diabetes of South Africa</i> , 10(3), 94–99.
Introduction Problème de recherche	En Afrique du Sud, le nombre des personnes souffrant de diabète du type 2 est estimé à environ 1,5 million durant ces dix dernières années. Bien que ce chiffre continue de s'accroître, le contrôle glycémique reste inadapté chez la plupart de ces patients suivis aux centres de santé primaire au Cap Town. Malgré le taux de glycémie mal réglé avec les antidiabétiques oraux, l'insulinothérapie est rarement indiquée chez ces patients.
Recension des écrits	<p>Améliorer la qualité de vie, prévenir les comorbidités et la mortalité prématurée sont des enjeux majeurs dans la gestion du diabète. Une bonne gestion du diabète dépend de la qualité des soins, des ressources à disposition, du patient qui est bien informé, motivé, actif et responsable. Les patients souffrant de diabète reçoivent des soins de moins bonne qualité dans les centres de santé primaire en Afrique du Sud.</p> <p>Le manque d'évaluation sur les complications, de contrôle de la glycémie et de la tension artérielle ainsi que l'incapacité à faire avancer la thérapie à des buts thérapeutiques ont été soulignés comme étant des lacunes.</p> <p>L'insulinothérapie n'est pas indiquée malgré qu'elle soit reconnue comme meilleur traitement pour améliorer le taux de glycémie. Ce traitement est efficace non seulement parce qu'il améliore la glycémie mais aussi parce qu'il prévient les complications au niveau des petits vaisseaux. En Afrique du sud, les problèmes financiers, le manque de temps, la non adhérence au traitement, les barrières linguistiques et culturelles ainsi que des connaissances insuffisantes du diabète par le personnel soignant ont été identifiés comme obstacles dans la prise en charge du diabète dans les centres de santé primaire.</p> <p>Dans une enquête nationale, menée par les médecins sur l'hypertension et le diabète, il en ressort que les ressources insuffisantes, le temps imparti, le flux des patients, les dossiers incomplets, le manque de guide sur les procédures, le manque d'effectifs, les possibilités insuffisantes des formations continues et la non compliance du patient soient des éléments qui entravent à la mise en place d'une ligne directrice.</p> <p>Ces obstacles ont été également relevés aux Etats-Unis.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>La compliance</p> <p>Les représentations de la maladie</p> <p>Le droit des patients (droit à l'information)</p> <p>Les soins interculturels</p> <p>L'empowerment</p>
Question de recherche/buts	But : Identifier et explorer les obstacles à la prescription d'une insulinothérapie chez les patients souffrant de diabète de type 2 et ayant des doses maximales des antidiabétiques oraux prescrits par des médecins des centres de santé communautaire dans la ville de Cap-Town.
Méthodes Devis de recherche	Etude qualitative exploratoire ou étude de cas

Population, échantillon et contexte	<p>Population : Médecins accompagnant les personnes souffrant de diabète. L'Organisation des services de santé communautaire dans l'administration de la province de l'Est du Cap Town comprend 44 centres de santé. Les médecins qui y exercent sont au nombre de 140. Ils sont classés dans plusieurs catégories selon leurs années d'expérience :</p> <p>Médecin, première année d'expérience après l'internat Médecin junior ayant de 1 à 3 ans d'expérience après l'internat Médecin sénior ayant de 4 à 10 ans d'expérience après l'internat Médecin chef avec plus de 10 ans d'expérience</p> <p>Echantillon : 46 médecins ayant 6 mois à 20 ans d'expérience ont donné leur consentement pour participer à cette étude.</p> <p>Contexte : Centres de santé communautaire dans la ville de Cap Town.</p>
Méthode de collecte des données	Il y avait 10 entretiens individuels approfondis semi-structurés précédés de 5 focus groupes. Les médecins des centres de santé communautaire de la région de Cap-Town ont dirigé les groupes et les entretiens. Ces entretiens ont été enregistrés, puis auditionnés et transcrits par la suite.
Déroulement de l'étude	<p>L'étude se déroule entre décembre 2000 et août 2001. Afin d'inclure dans chaque groupe, différentes catégories de médecins ayant des expériences similaires, le choix de l'échantillon est bien défini. Dans chaque groupe, 15 médecins sont d'abord sollicités pour leur participation. Au final, toutes les catégories sont représentées et il y a eu 5 à 11 participants par groupe.</p> <p>Pour le focus groupe, un guide d'entretien fut élaboré et s'est basé en premier sur les représentations et les expériences des médecins par rapport à l'insulinothérapie ainsi que sur les réactions des patients, secundo, sur la connaissance, le statut socio-économique et la culture du patient contribuant à la décision d'introduire l'insuline. Tertio, le guide s'est basé sur un regard critique par rapport aux attitudes des autres médecins.</p> <p>Un de quatre chercheurs en méthode qualitative qui observait et enregistrait des réactions non verbales et l'interaction des participants animait chaque groupe de discussion. Les 10 médecins qui ne figurent pas dans le focus groupe et ayant une expérience de 2 à 22 ans ont animé les entretiens individuels.</p> <p>Une série des questions ouvertes issues des analyses du focus groupe englobaient les entretiens. La connaissance et l'expérience du médecin, les guidelines de l'insulinothérapie et la perception du système de santé par rapport aux facteurs qui influencent la prescription de l'insuline étaient la base de ces questions. Un de deux chercheurs de méthode qualitative animait ces entretiens.</p> <p>Après l'intervention de chaque focus groupe, les données recueillies ont été analysées selon la méthodologie de la théorie fondée. Des thèmes ont été classés par un codage et catégorisés d'abord par focus groupe et ensuite séparément par entretiens individuels. Pour permettre une meilleure compréhension des obstacles à l'insulinothérapie, des relations entre les différentes catégories sont considérées. 2 enquêteurs indépendants qui ont analysé ces deux groupes ont renforcé la validité de cette étude en comparant les résultats des chercheurs. Les participants ont donné leur feedback pour valider les résultats des entretiens approfondis.</p>
Considérations éthiques	Les participants ont signé le formulaire de consentement éclairé. Cette étude a été approuvée par le comité d'Ethique de l'université de Cap-Town. Cette étude a été en partie soutenue par les aides subventionnées des laboratoires Eli Lilly.
Résultats Traitement/ Analyse des données	<p>Les résultats de cette étude sont répartis en trois thèmes représentant les obstacles liés au médecin, au patient et au système de santé</p> <p>Liés au médecin :</p> <p>Connaissances et croyances des médecins : Barrières linguistiques Peur de l'hypoglycémie</p> <p>Liés au patient</p>

	<p>Non compliance du patient Peur du patient Conditions socio-économiques et âge du patient</p> <p>Liés au système de santé Manque de continuité des soins</p>
Présentation des résultats	<p>1. Liés au médecin Connaissances et croyances Dans cette étude, il est souvent reporté que les incohérences dans les traitements du diabète de type 2, la méconnaissance ou l'inexpérience des guidelines du traitement du diabète de type 2 sont soulignés comme étant des barrières à l'insulinothérapie. La moitié des participants ont identifié des lacunes en ce qui concerne la connaissance et la formation à l'initiation de l'insulinothérapie. Les avantages de l'insuline ne sont pas connus pour les patients atteints de diabète de type 2. De plus, les médecins ont peur que le fait de donner de l'insuline à des personnes déjà obèses aggrave cette obésité et d'autres hésitent à cause des complications qui peuvent surgir. Pour utiliser l'insuline en toute sécurité, la plupart de médecins craignaient que les patients ne possèdent pas la connaissance nécessaire et la compréhension de la maladie.</p> <p>Barrières linguistiques : Les médecins identifient les obstacles de communication : Les différentes langues, le manque de matériel d'éducation approprié dans les langues utilisées par le patient et l'interprétation douteuse des interprètes.</p> <p>La peur de l'hypoglycémie Par crainte de provoquer une hypoglycémie chez le patient, les médecins sont réticents à entreprendre une insulinothérapie. Ceci est dû à un manque de connaissance, de confiance et de soutien des autres médecins et de l'équipe soignante. De ce fait, les médecins reportent la responsabilité de l'initiation à l'insulinothérapie aux hôpitaux tertiaires.</p> <p>2. Liés au patient La non-compliance du patient La plupart des patients ne sont pas compliants aux traitements médicamenteux et non médicamenteux comme le suggèrent certains médecins. Par conséquent, les médecins estiment que les patients ne seront pas non plus compliants à l'utilisation de l'insuline. De plus, les médecins s'inquiètent du fait que les patients ne sont pas conscients de la gravité de la maladie et de l'impact à long terme d'un mauvais contrôle glycémique. Les médecins s'inquiètent du fait que les patients ont plus confiance dans la médecine traditionnelle (herbes, guérisseurs) que dans la médecine conventionnelle.</p> <p>Peur des patients Selon les médecins, l'aiguille et la douleur des injections font peur aux patients, cela engendre des résistances à l'insulinothérapie. Un patient craignait que l'insulinothérapie puisse nuire à ses relations.</p> <p>Conditions socio-économiques et âge La peur des médecins par rapport à l'hypoglycémie est accentuée par les mauvaises conditions socio-économiques des patients. Les médecins s'inquiètent aussi que ces facteurs-ci limitent les capacités des patients à se soigner : ressources financières limitées, repas irréguliers, le fait de ne pas garder l'insuline au réfrigérateur, le manque de transport et d'accès au téléphone pour demander de l'aide en cas d'urgence. Les médecins craignent que la plupart des patients ne soient pas aptes à effectuer le contrôle glycémique.</p>

	<p>D'autres obstacles à l'insulinothérapie sont soulignés : l'isolement de la personne âgée, des troubles de la vue, un manque de compréhension, soutien familial et l'accompagnement à l'hôpital.</p> <p>3. Liés au système de santé</p> <p>Selon les médecins, l'introduction de l'insuline dans les centres de santé exige un système de santé performant. Tous les médecins ont relevé ces obstacles : des consultations brèves, surcharge de travail, turnover rapide de l'équipe, manque de continuité des soins par le même médecin.</p> <p>Les participants évoquent également le manque de clarté des guidelines.</p> <p>Manque de continuité dans les soins</p> <p>Les facteurs qui influencent la continuité des soins et réduisent l'établissement d'une relation de confiance entre le patient et le médecin sont : la mauvaise gestion du système de planification des rendez-vous et les longs délais d'attentes.</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Les obstacles liés à une prise en charge de qualité du diabète et relevés dans cette étude rejoignent les résultats obtenus dans d'autres pays : Manque de connaissance et un besoin de formation approfondie de la prise en charge du diabète, manque d'adhérence aux guidelines, la peur de l'hypoglycémie, la non-compliance du patient, des difficultés financières et les contraintes de temps.</p> <p>Il est cité également que l'utilisation des guidelines paraît complexe et qu'il n'y a pas de consignes explicites en ce qui concerne les doses maximales d'antidiabétiques oraux et l'utilisation de l'insuline.</p> <p>Etant donné que le diabète de type 2 est une maladie évolutive, la plupart des patients auront besoin d'insuline. En effet un contrôle glycémique optimale prévient ou limite les complications microvasculaires. C'est pourquoi, il est étonnant que les médecins perçoivent que l'insuline n'est pas favorable pour ce type de patient. Cette perception se justifie par le fait que l'insuline peut-être associée à une prise de poids même si les valeurs glycémiques sont adaptées. Par contre, l'utilisation de la metformine associée à l'insuline peut limiter la prise de poids. Tous ces facteurs démontrent la nécessité de formations médicales continues.</p> <p>"La peur des médecins d'induire une hypoglycémie avec l'insulinothérapie est fondée, particulièrement avec une population qui n'a pas forcément accès à des repas réguliers". Cependant, grâce à l'éducation du patient et à une prescription attentive, l'hypoglycémie peut être prévenue.</p> <p>Pour avoir un maximum de soutien disponible de la part de la famille, des amis, de voisins et de la communauté, une approche axée sur la famille peut être proposée aux patients âgés au début de l'insulinothérapie.</p> <p>Un strict contrôle glycémique ne serait pas possible voire même souhaité chez la plupart des personnes âgées. Le fait de soulager la diurèse osmotique induite par l'hyperglycémie serait envisageable pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées.</p> <p>Les pratiques d'auto-soins sont souvent limitées par les différences culturelles entre patient et médecin.</p> <p>L'adhérence au régime peut être favorisée par une meilleure communication et des décisions partagées entre le patient et le médecin.</p> <p>Les facteurs d'une mauvaise communication entre le patient et le médecin peuvent être : les représentations autour de la maladie et les traitements médicamenteux, le fait de se demander si le traitement est nécessaire, le fait de se sentir bien, la vulnérabilité physique et sociale, le manque de contrôle sur leur vie et des incertitudes sur l'accès et la disponibilité du traitement.</p> <p>Le fait que le patient croit plus en la médecine traditionnelle et alternative qu'en la médecine allopathique, engendrerait un manque d'adhérence aux traitements du diabète.</p> <p>Lorsqu'une relation de confiance est établie entre le médecin et le patient, le patient discutera facilement de la médecine alternative et cela permettra de trouver un compromis pour la continuité du traitement allopathique.</p> <p>L'éducation thérapeutique du patient peut permettre de changer les représentations comme le fait que l'insuline peut entraîner des amputations et même la mort.</p> <p>La compliance au traitement est également limitée par les mauvaises conditions socio-économiques, par exemple le manque de réfrigérateurs. Il n'est pas nécessaire de réfrigérer l'insuline mais il suffit de la garder au frais et de l'utiliser dans les 30 jours après ouverture.</p> <p>Le chômage et la pauvreté sont aussi une préoccupation des médecins. Par contre, une étude au Royaume Uni relève que le contrôle</p>

	<p>glycémique est plutôt lié aux meilleures installations des cliniques et aux médecins diabétologues qu'à l'âge, à la classe sociale, aux habitudes de vie, aux attitudes ou à la connaissance des patients.</p> <p>Malgré un niveau très bas de littératie chez les patients suivis dans une clinique de Johannesburg, un meilleur contrôle glycémique est obtenu grâce à l'enseignement des auto-soins.</p>
Forces et limites	<p>Forces : La validité de cette étude est renforcée par l'association du focus groupe et des entretiens individuels approfondis semi-structurés. Des entretiens individuels ont permis d'accroître des éléments à explorer.</p> <p>Limites : Certains participants ne se sentaient pas à l'aise d'exprimer leurs peurs en face des autres collègues (focus groupe). Les infirmières et les patients étaient exclus de cette étude, ils auraient pu cependant apporter une vision globale quant aux obstacles liés à l'introduction de l'insulinothérapie.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Afin de briser les barrières à l'introduction de l'insuline chez des patients ayant un mauvais contrôle glycémique et traités par antidiabétiques oraux, plusieurs mesures peuvent être réalisées. Les experts de la pratique devraient approfondir les guidelines de manière uniforme et pratique en collaboration avec les professionnels de santé primaire s'occupant de l'introduction de l'insuline. Pour l'élaboration de stratégies efficaces, ces guidelines devraient être présentés dans des ateliers interactifs puis les problèmes soulevés seront évalués lors de prochains colloques. Pour favoriser le suivi des personnes âgées et handicapées qui ne peuvent pas se rendre régulièrement aux centres de santé, l'ouverture d'un service de soins infirmiers dans le district serait nécessaire. Une approche centrée sur le patient permettrait une meilleure adhérence à l'insulinothérapie. Il est également recommandé de former l'équipe infirmière sur la technique des injections de l'insuline, sur les surveillances et les traitements de l'hypoglycémie ainsi que sur les méthodes d'éducation thérapeutique et inclure les membres de famille dans l'accompagnement du patient. Un système efficace pour la planification des rendez-vous devrait être aménagé pour la continuité de soins. Un carnet de glycémie permettrait l'élaboration de protocole et ainsi une consultation plus rapide avec l'équipe pour ajuster des dosages. Ces résultats et ces recommandations sont valables dans cette région de Cap Town mais peuvent aussi s'appliquer dans d'autres pays.</p>
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Haque, M., Navsa, M., Emerson, S. H., Dennison, C. R., & Levitt, N. S. (2005). Barriers to initiating insulin therapy in patients with type 2 diabetes mellitus in public-sector primary health care centres in Cape Town. <i>Journal of Endocrinology, Metabolism and Diabetes of South Africa</i> , 10(3), 94-99.				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	x			L'article étudie les barrières pour instaurer de l'insuline auprès des patients atteints de diabète de type 2 dans les centres de santé primaire.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			On trouve dans la partie résumé un onglet " background", un onglet objectif, un onglet méthode, un onglet résultat et à la fin un onglet conclusion.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	x			Malgré l'augmentation du diabète de type 2 en Afrique du sud, l'insulinothérapie est rarement prescrite.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	x			Diverses études sont relevées dans la recension des écrits.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	x			La compliance Les représentations de la maladie Le droit des patients (droit à l'information) L'interculturalité dans les soins L'empowerment
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	x			Identifier et explorer les obstacles à la prescription d'une insulinothérapie chez les patients souffrant de diabète de type 2 et ayant des doses maximales d' antidiabétiques oraux prescrits par des médecins des centres de santé communautaire dans la ville de Cap-Town.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	x			Etude qualitative exploratoire ou étude de cas
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	x			Une étude qualitative exploratoire ou étude de cas se prête à ce genre de questionnement.

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			Médecins accompagnant les personnes souffrant de diabète.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			x	Dans le résumé, il y a 46 médecins qu'on ne retrouve pas dans le focus groupe. Dans ce focus groupe, il est expliqué qu'il y a 5 à 11 participants par groupe mais il n'y a pas de nombre précis.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	x			5 focus groupe suivis de 10 entretiens individuels approfondis semi-structurés.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	x			Pour le focus groupe, un guide d'entretien fut élaboré. Les entretiens comprenaient des questions ouvertes.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			Les participants ont signé le formulaire de consentement éclairé. Cette étude a été approuvée par le comité d'Ethique de l'université de Cap-Town. Cette étude a été en partie soutenue par les aides subventionnées des laboratoires Eli Lilly.
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	x			Les résultats de cette étude sont répartis en trois thèmes représentant les obstacles liés au médecin, au patient et au système de santé.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	x			La validité des conclusions des chercheurs a été renforcée par 2 enquêteurs indépendants.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	x			Cette étude résume de manière simple et concise tous les résultats intéressants de notre article. Il contient de verbatim.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	x			Les chercheurs expliquent clairement les résultats.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?	x			Ces enquêteurs ont analysé le focus groupe et les entretiens semi-structurés. Les résultats des entretiens approfondis ont été validés grâce au feed-back des participants
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	x			Les obstacles liés une prise en charge de qualité du diabète et relevés dans cette étude rejoignent les résultats obtenus dans d'autres pays.

ANNEXE 3

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Wilson, C., Alam, R., Latif, S., Knighting, K., Williamson, S., & Beaver, K. (2012). Patient access to healthcare services and optimisation of self-management for ethnic minority populations living with diabetes: a systematic review: Patient access to healthcare services and optimisation of self-management. <i>Health & Social Care in the Community</i> , 20(1), 119. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01017.x
Introduction Problème de recherche	Les outcomes en lien avec l'autogestion, l'accès limité aux soins sont associés à un risque élevé de diabète de type 2 dans la population d'Asie du sud, d'Afrique noire et des noirs des caraïbes.
Recension des écrits	<p>Même si le diabète de type 1 et le diabète de type 2 sont deux pathologies distinctes, elles sont déterminées par une sensibilité à l'insuline et une perturbation du contrôle de la glycémie. Afin de prévenir les micro-angiopathies et les macro-angiopathies ainsi que les maladies cardiovasculaires, une gestion optimale à long terme est recommandée.</p> <p>Les estimations suggèrent que 3,5 à 5 % de la population britannique aurait un diagnostic de diabète de type 2. Au niveau mondial, la prévalence pourrait atteindre 47% d'ici 2025 dont 10 % chez les personnes d'Asie du sud et les noirs des caraïbes et 5% pour la population d'Afrique noire. Chez les groupes des minorités ethniques atteints de diabète de type 2, la prévalence, incluant les personnes non diagnostiquées est beaucoup plus grande. Pour les patients et les soignants, le diabète associé à ses complications est un lourd fardeau. Les personnes provenant de minorités ethniques sont touchées par cette maladie et ses complications de manière excessive. Pour ces groupes, il est nécessaire de favoriser l'accès aux soins de santé pour combattre les inégalités surtout en ce qui concerne les outcomes de santé vasculaire.</p> <p>Environ 10% du budget annuel du service national de la santé est consacré aux services de santé.</p> <p>Autogestion du patient</p> <p>L'importance de la prévention et de l'éducation en matière de diabète est recommandée par les dernières directives cliniques nationales dès l'annonce du diagnostic. L'autogestion des patients n'est pas le seul élément d'une éducation efficace. C'est pourquoi, une approche systémique de l'amélioration de la pratique basée sur les preuves au niveau des patients, des professionnels et des services est nécessaire.</p> <p>Pour cette revue, l'autogestion englobe les comportements d'auto-soins et est généralement utilisée pour désigner " une gamme d'activités menées par les individus ou d'autres personnes dans leur réseau social visant à gérer les maladies ou promouvoir leur potentiel de santé".</p> <p>Des résultats positifs ont été obtenus, ceci dans le but de promouvoir une autogestion optimale de la maladie par les patients grâce à de nombreuses interventions. Par exemple, dans une méta-analyse qui incluait 14 interventions, le contrôle de la glycémie, le taux de complication ainsi que la qualité des soins ont eu une amélioration auprès des minorités ethniques plus grande que celle du groupe témoin blanc.</p> <p>L'enseignement didactique n'est pas un moyen efficace pour éduquer les patients.</p> <p>Accès aux soins de santé</p> <p>La disponibilité, l'acceptabilité, l'abordabilité et l'hébergement ; la prise en charge des services, le processus de soins et la qualité des soins; la disponibilité et l'utilisation modifiées par les barrières financières, organisationnelles et sociales / culturelles composent les dimensions de l'accès aux soins.</p> <p>L'augmentation de la morbidité et la limitation des outcomes sont entraînés par un mauvais accès aux soins chez les minorités ethniques.</p>

	<p>Bien que cela soit paradoxal, la concordance des races n'a pas amélioré l'utilisation des soins, la communication, les attentes, la satisfaction ou la perception du respect.</p> <p>Des interventions telles que : la formation post grade, l'évaluation par les pairs, les audits et les feed-back et des rappels fréquents aux patients ainsi qu'une meilleure adaptation culturelle contribueraient à la performance des professionnels de santé.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>L'autogestion</p> <p>La qualité des soins</p> <p>L'éducation au patient</p>
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Le but est de synthétiser et évaluer les preuves relatives aux barrières et aux facilitateurs dans l'accès aux services de soins et optimiser l'autogestion pour les groupes ethniques minoritaires atteints de diabète.</p> <p>Tout d'abord, quels facteurs - les barrières et les facilitateurs - influencent les patients de minorités ethniques pour accéder aux services de santé pour le diabète? Deuxièmement, quels facteurs - obstacles et facilitateurs - influencent les patients des minorités ethniques pour optimiser l'autogestion du diabète?</p>
Méthodes Devis de recherche	Revue systématique
Population, échantillon et contexte	Population d'Asie du sud (Indiens, pakistanais et bangladais) et les noirs d'Afrique et des Caraïbes. Ces populations reflètent la composition majeure du groupe minoritaire ethnique du Royaume-Uni.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les auteurs ont utilisé en premier lieu le MEDLINE. Ils ont ensuite poursuivi avec les bases de données Cochrane, DARE, HTA et NHSEED, the British Nursing Index, CAB absrtacts, EMBASE, Global Health, Health Management Information Consortium et PsychInfo.</p> <p>TERMES MESH : Access to health-care (accès aux soins de santé), diabetes (diabète), ethnic minorities (minorités ethniques), self-management (autogestion).</p> <p>Critères d'inclusion</p> <p>Recherches datant de 1995 à 2010.</p> <p>Recherches traitant des groupes des minorités ethniques et des cohortes des blancs atteints de diabète (Asie du sud/ Noirs d'Afrique et des caraïbes).</p> <p>Recherches traitant des professionnels de la santé ou des cliniciens travaillant avec les patients diabétiques.</p> <p>Recherches des USA et Europe traitant des barrières ou facilitateurs à l'accès aux soins et à l'autogestion sur le diabète.</p> <p>Critères d'exclusion</p> <p>Recherches des autres populations atteintes de diabète.</p> <p>Recherches sans abstract.</p> <p>Recherches traitant de la pédiatrie.</p> <p>Recherches écrites dans d'autres langues que l'Anglais.</p> <p>En premier, 21'288 articles ont été sélectionnés. Ensuite, la recherche des articles fut poursuivie avec les critères ci-dessus et ont été retenus</p>

	11 essais contrôlés randomisés, 18 études qualitatives et 18 études quantitatives.
Déroulement de l'étude	Pour améliorer la concordance des preuves, un chercheur principal a examiné les résumés. Trois examinateurs (CW, SL et RA) ont ensuite évalué un échantillon de cent résumés indépendamment pour vérifier si les critères d'éligibilité ont été bien appliqués. Un consensus fut obtenu par le dialogue après la résolution des ambiguïtés. Pour vérifier les conditions d'éligibilité et l'endroit où les études ont été insérées (n=47), six chercheurs (CW, SL, RA, KK, SW et KB) à partir d'un éventail de milieux disciplinaires y compris les soins infirmiers, la diététique, la psychologie et les sciences sociales ont évalué les articles en utilisant des outils d'évaluation de qualité. Cette évaluation s'est réalisée après la récupération complète des articles sélectionnés. Pour les études qualitatives et les essais contrôlés randomisés, un programme distinct de compétences d'évaluation critique (PHRU2006) a été utilisé. Le DARE Manuel York (Centre d'évaluation et de diffusion 2002) a également été utilisé pour les études quantitatives autres que les essais randomisés.
Considérations éthiques	Cette étude fut autorisée par l' Université de Manchester et l'Université Centrale Lancashire, Preston au Royaume-Uni.
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Un chercheur principal a sélectionné les résultats et a enregistré les détails suivants sur les tableaux d'extraction normalisés (tableau 4). L'analyse de contenu des principaux résultats de recherche regroupés selon le type d'étude a été effectuée pour la synthèse des résultats. La première partie de synthèse des résultats concernait l'autogestion et la deuxième partie touchait à l'accès au système de santé.</p> <p>Accès aux services de soins</p> <p><i>Processus de soins</i></p> <p>Un rôle important dans la compréhension du processus de soins dispensés au patient en terme d'identité, de perceptions, de capacités de communication et dans les systèmes organisationnels est décerné aux professionnels de la santé. Bien que la compréhension partagée soit influencée par les facteurs au niveau des patients et de l'organisation, des lacunes des compétences transculturelles des professionnels de santé ainsi qu'une communication inefficace peuvent être des obstacles pour l'amélioration à l'accès aux soins. Cette hypothèse se retrouve dans plusieurs études exploratoires et dans une étude à grande échelle. Pour améliorer la communication , l'utilisation des personnels bilingues et l'adaptation des services aux besoins culturels sont vivement recommandées.</p> <p><i>Utilisation du service de santé</i></p> <p>Des grandes études multiethniques évoquent une utilisation plus faible des services préventifs tandis que les contrôles annuels sont plus fréquents chez les patients africains. Les patients des Caraïbes et d'Afrique Noire fréquentent plus souvent les services de santé primaires que les patients blancs.</p> <p><i>Qualité des soins :</i></p> <p>La base de données probantes pour la qualité des soins est limitée malgré que la qualité des soins est largement identifiée comme une dimension d'accès.</p> <p><i>Pertinence de l'information :</i></p>

La documentation donnée auprès des patients allophones devrait être adaptée en fonction de chaque culture, ce qui permettrait de transmettre les informations de manière pertinente et compréhensible.

Outils d'interventions :

Des résultats positifs peuvent être obtenus grâce à des interventions de soins de santé communautaire. Par exemple, une intervention communautaire et clinique menée auprès des femmes afro-américaines, a conduit à une amélioration de l'activité physique. L'assistance téléphonique a été testée. Suite à l'utilisation de cette méthode, il a été observé une amélioration des résultats HbA1c. Ceci a été bien accepté par les patients, mais avait un rapport coût-efficacité moindre par rapport aux soins habituels. Selon une grande enquête multi-ethnique, les patients allophones ayant un niveau de littératie inférieur seraient d'avantage susceptibles d'utiliser le téléphone ou un support internet en raison de la perception d'une mauvaise communication avec les professionnels. Selon une recherche exploratoire, les patients d'origine africaine ou caribéenne privilégient une éducation communautaire.

Hébergement des services de santé :

Une meilleure disponibilité des services d'interprétariat sur 24 heures est soutenue par les patients Urdu et Punjabi. Ces patients insistent sur une utilisation plus importante des interprètes par des cliniciens. Les interprètes familiaux étaient privilégiés en raison d'une compréhension partagée dans une étude de 12 patients du Bangladesh. Les difficultés d'organisation pour les divers rendez-vous étaient soulevées du fait de la disponibilité des membres de la famille.

Rôle du statut socio-économique

Trois études montrent qu'un statut socio-économique faible et la discrimination perçue sur l'état de santé influencent négativement la santé.

Autogestion

La capacité des patients à s'auto-gérer est influencée par différents facteurs selon différentes études : la compréhension et les connaissances de la maladie, la confiance au personnel médical, les pratiques d'auto-gestion (alimentation, exercice, image corporelle, relations sociales, gestion de leur traitement), l'adhérence thérapeutique, la médication et leurs opinions sur le traitement.

Savoir et compréhension

Les déficits de la connaissance et de la compréhension du diabète, des complications associées et des mesures préventives dans tous les groupes sont mis en évidence dans les études exploratoires, en particulier pour les patients bangladais et africains-caribéens, mais les patients sont généralement prêts à comprendre leur maladie comme le suggèrent ces études. Pour favoriser l'autogestion des patients, il est nécessaire d'améliorer les connaissances et la compréhension de la maladie; c'est particulièrement le cas pour les patients d'origine bangladaise et pakistanaise et les femmes présentant des problèmes d'analphabétisme au sein de ces groupes. L'autogestion des patients se renforce au fil du temps, mais cela dépend d'une éducation efficace du patient. Il est peu probable qu'elle se produise uniquement avec la progression de la maladie.

Confiance vis-à-vis du corps médical

	<p>Les patients ont généralement confiance dans les conseils octroyés par le personnel médical. Cependant, la perception de ces conseils semble parfois incompatible et contradictoire ou mal adaptée aux besoins des patients noirs.</p> <p><i>Pratiques d'autogestion :</i></p> <p>Etroitement lié au fonctionnement social et familial, le contrôle diététique est essentiel dans pour obtenir une autogestion optimale. Les régimes recommandés pour les groupes ethniques minoritaires diabétiques sont souvent compromis par les pressions associées aux repas sociaux. Malgré un enseignement thérapeutique, ces pressions persistent toujours. Selon des études exploratoires, le mode de vie des patients est bouleversé par les régimes alimentaires diabétiques. Cela est en lien avec les régimes traditionnels asiatiques. Ces difficultés peuvent être attribuées à des ressources matérielles insuffisantes ainsi qu'à un accès limité en denrées alimentaires saines.</p> <p>Un rôle central est donné à la famille, aux proches et à l'histoire de vie dans la définition de la compréhension de la maladie en Afrique et dans les Caraïbes et pour les personnes du sud de l'Asie, ils procurent une source importante de connaissances et de soutien émotionnel. Cela peut être particulièrement le cas pour les patients âgés, ils agissent donc comme intermédiaires importants dans l'autogestion.</p> <p>Concernant l'activité physique, il semble que ceci engendre des difficultés similaires à l'autogestion pour tous les groupes ethniques. L'importance de créer des programmes d'exercices spécifiquement adaptés à la culture pour la population d'Asie du sud est ressortie dans une étude. En effet, chaque culture a sa propre perception de l'image corporelle.</p> <p><i>La langue</i></p> <p>Pour plusieurs groupes d'Asie du sud, l'accès aux services des soins est limité par la barrière linguistique contrairement aux groupes d'Afrique et des Caraïbes où la langue commune est l'Anglais.</p> <p>Il y a une association entre un faible niveau en anglais dans les groupes d'Asie du sud et une plus grande incidence de diabète non diagnostiqué liée à une faible autogestion. Pour comprendre le lien entre ces facteurs, des recherches supplémentaires sont nécessaires en particulier comme l'expérience des patients.</p> <p><i>Traitement</i></p> <p>Une diminution intentionnelle du traitement prescrit est relevée par certains patients en raison de la crainte de devenir dépendant ainsi que la peur des effets indésirables. Dans la communauté bangladaise, la barrière linguistique et une communication inefficace ont été associées à une faible compliance. Des remèdes naturels et des médicaments à base de plantes sont utilisés dans les groupes d'Asie du sud et d'Afrique et des Caraïbes. En outre, ils ont affirmé préférer ces remèdes naturels au lieu d'être traités par l'insuline.</p> <p>Interventions de l'autogestion</p> <p>Pour favoriser l'autogestion du diabète, les interventions étaient ciblées sur l'adaptation culturelle de l'information. L'adaptation culturelle a été réalisée surtout grâce à l'utilisation de pictogrammes ainsi que des méthodes pédagogiques non didactiques ou nouvelles ainsi que par l'intervention de professionnels laïcs, communautaires ou polyglotte.</p> <p>La planification alimentaire ou l'examen médical est inclus dans peu d'interventions.</p> <p>"En ce qui a trait à l'amélioration des connaissances sur le diabète, un programme adapté à la culture de 18 sessions a permis d'obtenir une amélioration générale de la valeur perçue du contrôle diabétique, mais pour les patients d'Asie du Sud, la seule amélioration marquée était la gravité du diabète sans amélioration significative pour la connaissance, la pratique Ou les attitudes à l'égard des complications".</p>
--	---

	<p><i>Education au patient</i></p> <p>L'utilisation de l'information picturale (graphiques, cartes graphiques et affiches) lors de séances individuelles semble bénéfique auprès des patients lorsqu'elle est transmise par du personnel formé et qualifié. Ces diverses méthodes ont amélioré les connaissances ainsi que le contrôle glycémique des patients pakistanais à 6 mois. De plus, l'information picturale a été décrite comme une des méthodes préférées accompagnée d'un enseignement non didactique auprès d'un échantillon de participants africains-caraïbes.</p> <p>Les programmes menés par des professionnels bilingues incluant les pairs (partages d'histoires) sont bénéfiques selon plusieurs études. Pour faciliter les programmes d'éducation à l'autogestion, il est démontré que les formateurs ayant des compétences dans l'interprétariat sont les mieux placés.</p>
Présentation des résultats	<p>Le tableau N°4 présente de manière détaillée les différentes études avec les principaux résultats de celles-ci. En dessous de ce tableau est détaillée une synthèse de tous ces résultats classés par thématiques. Les résultats sont extraits de ce tableau et classés par thématiques.</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Plusieurs obstacles ont souvent été relevés : le malentendu culturel, le manque d'information, une faible connaissance des services existants et les problèmes de langues.</p> <p>Concernant l'autogestion, il y a des lacunes persistantes dans la connaissance et la compréhension du diabète chez les patients. Les problèmes de langue ou de littératie peuvent entraîner des obstacles à une autogestion adéquate dans les groupes du Pakistan et du Bangladesh. Les contrôles glycémiques sont réalisés moins fréquemment dans les groupes d'Afrique Noire et des Caraïbes et une faible compliance médicamenteuse dans l'ensemble des minorités ethniques constituent des éléments de preuve limités.</p> <p>Selon des études exploratoires, il y a une confiance importante dans les conseils médicaux mais d'autres données évoquent que la perception de ces conseils est contradictoire ou inadaptée chez les patients des caraïbes et d'Afrique noire. Les rapports entre les régimes diabétiques et les repas sociaux avec des familles des groupe d'Asie du sud, d'Afrique noire et de caraïbes ont une grande incidence sur la capacité des patients à gérer leur alimentation selon des études qualitatives. Cela démontre qu'il est encore nécessaire de faire de l'éducation à l'autogestion en s'appuyant sur une approche systémique .</p> <p>Il est aussi recommandé d'obtenir un certain niveau d'adaptation culturelle par rapport aux besoins des patients.</p> <p>Malgré tout, les résultats d'autogestion peuvent être considérés comme mitigés. En effet, aucune amélioration n'a pu être démontré pour plusieurs interventions en termes d'efficacité.</p> <p>"Cependant, l'association des caractéristiques générales d'interventions avec des résultats positifs ont tendance à être de haute intensité, adapté culturellement, favorable à l'utilisation d'interprètes communautaires ainsi qu'à une éducation comportementale non didactique et des images et des graphiques". Pour améliorer l'accès aux soins, des obstacles demeurent encore au niveau du processus et de qualité de soins ainsi qu'en terme de pertinence. Les barrières sociales et culturelles influencent directement toutes ces dimensions citées.</p> <p>Il arrive de manière régulière que la compréhension partagée entre le patient et le professionnel de santé soit inefficace. C'est pourquoi, la possibilité des appuis supplémentaires auprès de prestataires des soins est recommandée. Pour améliorer la communication et la susceptibilité culturelle, il faudrait une formation, un travail sans réserve avec les services d'interprétariat, une utilisation des cliniciens bilingues et une communication centrée sur le patient dans des consultations.</p> <p>Il est évident qu'en ce qui concerne la qualité des soins, les patients d'Asie du sud sont moins satisfaits de Cliniques au niveau de la communication, délais d'attente et de valeur perçue. Des recherches supplémentaires sur la préférence pour le type d'information et le degré d'adaptation culturelle sont nécessaires vu qu'il y a des preuves importantes de l'amélioration de l'information en adaptant le document aux besoins culturels.</p> <p>Au regard d'une approche systémique, il faudrait des éventuels changements au niveau organisationnel comme le fait de soigner de manière modérée tous les patients quelque soit leur origines ethniques, le soutien téléphonique, des interventions intensives dans la communauté, des suivis infirmiers et médicaux réguliers.</p>

Forces et limites	<p>Limites Les critères d'éligibilité de cette étude n'ont pas permis d'examiner le rapport coût-efficacité. Les termes de recherche utilisés par rapport à l'appartenance ethnique peuvent également être spécifiques aux populations britanniques. D'autres groupes ethniques minoritaires n'ont pas été pris en compte.</p> <p>Forces De fortes mesures pour augmenter l'autogestion et l'accès aux soins du patient diabétique des ethnies minoritaires ont été relevées tant au niveau du patient, des prestataires des soins qu'au niveau organisationnel. De multiples mesures d'amélioration à l'accès aux services ont été tirées de preuves efficaces. Cette étude a également analysé le concept d'accès dans ses différentes dimensions et en suivant un modèle de systèmes complets, a évalué une gamme complète de preuves à trois niveaux principaux de pertinence.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Une approche sur les constructions ethniques dans la recherche en sciences de la santé est recommandée pour les prochaines études. L'amélioration à l'accès aux services des soins et à l'autogestion sera sollicitée pour développer une intervention future et la prestation de services culturellement compétents dans les cliniques. Le financement adéquat des évaluations des besoins des patients, la fourniture d'interprètes, la formation des prestataires, les programmes d'éducation communautaire et une fréquence du suivi intense ou plus grande sont des composantes à prendre en considération dans des futures recherches.</p> <p>Une prestation éducative dirigée par des infirmières, par des gestionnaires / infirmiers cliniciens ou des spécialistes en soins infirmiers, l'utilisation du soutien téléphonique et des sessions de collecte de groupe de soins communautaires et primaires sont recommandées à tous les patients indépendamment du statut de minorité ethnique. Le renforcement des relations entre les soins primaires et secondaires est aussi réalisable.</p> <p>Plusieurs études ont fait des recommandations générales pour la pratique. Cette revue a examiné des facteurs qui influencent l'autogestion de patients et comprend une gamme d'études d'interventions applicables à tous les patients.</p> <p>Il est nécessaire de réaliser des recherches sur l'efficacité des interventions, sur le rapport coût-efficacité et les attentes des patients sur l'accès aux soins et l'autogestion.</p>
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Wilson, C., Alam, R., Latif, S., Knighting, K., Williamson, S., & Beaver, K. (2012). Patient access to healthcare services and optimisation of self-management for ethnic minority populations living with diabetes: a systematic review: Patient access to healthcare services and optimisation of self-management. <i>Health & Social Care in the Community</i> , 20(1), 119. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01017.x				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	x			L'article aborde de manière précise l'amélioration de l'accès aux services de santé et l'autogestion des minorités ethniques diabétiques
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			Toutes les parties principales sont identifiées et bien ressorties.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	x			L'accès aux services de santé et l'autogestion des groupes des minorités ethniques atteints de diabète.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	x			Cette revue de littérature s'est basée sur les études datant 1995-2010
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	x			L'autogestion, la qualité des soins, l'éducation au patient
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	x			Le but est de synthétiser et évaluer les preuves relatives aux barrières et aux facilitateurs dans l'accès aux services de soins et optimiser l'autogestion pour les groupes ethniques minoritaires atteints de diabète.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	x			Revue systématique
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			Population d'Asie du sud (Indiens, pakistanais et bangladais) et les noirs d'Afrique et des Caraïbes.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?		x		
	La taille de l'échantillon est-elle		x		

	justifiée sur une base statistique ?				
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	x			Un programme distinct de compétences d'évaluation critique (PHRU2006). Le DARE Manuel York.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	x			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	x			Un chercheur principal a examiné les résumés pour améliorer la concordance des preuves. trois examinateurs (CW, SL et RA) ont ensuite évalué un échantillon....
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	x			Cette étude fut autorisée par l' Université de Manchester et l'Université Centrale Lancashire, Preston au Royaume-Uni.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	x			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			<i>Les résultats sont bien résumés par thèmes et bien détaillés dans le tableau 4.</i>
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	x			Les résultats sont détaillés selon des concepts évoqués
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	x			Plusieurs études antérieures ont été prises en compte.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Les critères d'éligibilité de cette étude n'ont pas permis d'examiner le rapport coût-efficacité
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			cette revue a examiné des facteurs qui facilitent et freinent l'autogestion de patients et comprend une gamme d'études d'interventions applicables à tous les patients.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	x			Le financement adéquat des évaluations des besoins des patients, la fourniture d'interprètes, la formation des prestataires, les programmes d'éducation communautaire et une fréquence du suivi intense ou plus grande sont des composantes à prendre en considération dans des études futures.

	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche future ?	x			Il est nécessaire de réaliser des recherches sur l'efficacité des interventions, sur le rapport coût-efficacité et les attentes des patients sur l'accès aux soins et l'autogestion.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			Toutes les étapes d'une étude sont présentes.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

ANNEXE 4

Grille de résumé d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Hahn, E. A., Burns, J. L., Jacobs, E. A., Ganschow, P. S., Garcia, S. F., Rutsohn, J. P., & Baker, D. W. (2015). Health Literacy and Patient-Reported Outcomes: A Cross-Sectional Study of Underserved English- and Spanish-Speaking Patients With Type 2 Diabetes. <i>Journal of Health Communication</i> , 20(sup2), 4-15. https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1061071
Introduction Problème de recherche	Les hispanophones ont une littéracie en santé et une santé physique, mentale globale plus faible que les anglophones.
Recension des écrits	<p>« Le plus grand challenge dans une maladie chronique telle que le diabète de type 2 est l'autogestion du régime alimentaire. Il est difficile de comprendre et d'appliquer efficacement du matériel pédagogique si les patients ont un faible niveau d'éducation et de littéracie. Une faible littéracie en santé est souvent associée à une mauvaise connaissance de la maladie et est fréquente chez les personnes atteintes de diabète.</p> <p>Chez les adultes noirs et hispaniques, la littéracie en santé est moindre que chez les adultes blancs, et le diabète est très courant dans ces populations. Chez les personnes ayant un niveau économique faible, le diabète est aussi plus fréquent.</p> <p>Une mauvaise communication médecin-patient peut être influencée par une littéracie en santé insuffisante des patients, car ils ont tendance à avoir plus de rencontres paternalistes avec leurs médecins que les patients ayant des connaissances sanitaires marginales ou adéquates. Ces patients sont moins susceptibles de poser des questions à leurs prestataires des soins et peuvent être moins impliqués dans leur propre gestion de la maladie. Les preuves à propos des associations entre la littératie en santé et les résultats du diabète sont insuffisants selon des revues systématiques récentes. Pour examiner les conséquences de la médiation et de la modulation de la littératie sur les résultats en matière de santé, il est essentiel d'effectuer d'autres recherches.</p> <p>Le niveau de littératie en santé dans les différents groupes pourrait participer à des outcomes de santé divergents, si la littéracie en santé est associée aux outcomes de santé. Pour mieux cerner les nombreuses relations dans les comportements et les outcomes de santé des patients, d'autres recherches sont indispensables. Bien que le modèle comportemental ait été mis en œuvre dans plusieurs études, la littératie en santé pourrait constituer une ressource importante chez les personnes confrontées aux défis de l'autogestion du diabète.</p> <p>Une seule étude concernant les participants parlant l'espagnol était menée à ce jour et aucune étude n'a évalué la littéracie ni la littéracie en santé. La littératie en santé a été utilisée comme médiateur potentiel pour évaluer les comportements et les outcomes de santé des patients chez les personnes de langue anglaise et espagnole atteintes de diabète de type 2. »</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Modèle comportemental pour les populations vulnérables (Andersen, 1968, 1995, 2008; Gelberg, Andersen, & Leake, 2000) (figure 1)
Hypothèses/question de recherche/buts	« Cette étude analyse les associations entre les caractéristiques rapportées par le patient, les comportements de santé et les outcomes de santé et explore le rôle de la littéracie en santé comme médiateur potentiel des outcomes chez les adultes anglophones et hispanophones qui recevaient des soins pour le diabète dans une clinique. »
Méthodes Devis de recherche	Essai randomisé

Population, Echantillon Contexte	<p>Population: Homme ou femme non-enceinte âgés de 18 ans ou plus, parlant anglais ou espagnol atteint de diabète de type 2 et étant traités par antidiabétiques oraux ou par insuline, ayant une fonction cognitive et une dextérité manuelle jugée suffisante par l'assistant de recherche pour utiliser un écran tactile multimédia.</p> <p>Les femmes enceintes ont été exclues de l'étude en raison de différences importantes dans les lignes directrices pour le traitement du diabète gestationnel. Il n'y avait aucune restriction quant à la race et à l'origine ethnique, sauf que les hispanophones qui ne s'étaient pas identifiés comme Hispaniques = Latino étaient exclus.</p> <p>Echantillon: 146 participants anglophones et 149 participants hispanophones</p> <p>Contexte: Clinique générale de médecine de John H. Stroger, Jr et à l'hôpital de Cook County en Illinois aux Etats Unis</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>« Les réponses sont évaluées comme correctes = incorrectes, et une mesure récapitulative est calculée à l'aide de la notation ; un score brut peut également être calculé en fonction du nombre de réponses correctes. Health LiTT a des preuves de plusieurs types de validité. La validité du contenu a été réalisée à l'aide d'un groupe consultatif d'experts qui a donné son avis sur le contenu, la difficulté, la qualité et la pertinence de l'article.</p> <p>La validité de la construction comprend des associations entre une faible littéracie en santé et une éducation inférieure ou un revenu inférieur. La validité des critères a été démontrée par la combinaisons d'indicateurs de littéracie de santé, spécifiquement le test de la littératie en santé fonctionnelle chez les adultes, l'estimation rapide de la littératie des adultes en médecine (Davis et al., 1993) et les signes vitaux les plus récents. L'auto-efficacité spécifique du diabète a été évalué avec une échelle de huit éléments. L'échelle a été testée avec des participants ayant des compétences limitées en littéracie en santé et a eu des résultats valides. Un score global est calculé allant de 0 à 100.</p> <p>La mesure spécifique pour le diabète des croyances en matière de santé comporte 20 articles avec quatre sous-échelles : obstacles à l'alimentation et aux médicaments, soutien social pour l'alimentation, bénéfices de la thérapie et contrôle du diabète. Un élément d'échantillon est « Mon diabète est bien contrôlé » (tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord, tout à fait en désaccord). La gamme de scores pour chaque sous-échelle est de 0-3.</p> <p>Les éléments pour mesurer les connaissances sur le diabète ont été choisis parmi deux sources : l'échelle de connaissances du Diabetes Questionnaire et le Diabetes Knowledge Questionnaire-24 . Un élément d'échantillon est « Les reins produisent de l'insuline » (non, oui, je ne sais pas). La plage de score est de 0 à 24.</p> <p>Les participants de l'étude ont été interrogés sur la fréquence de l'utilisation de différentes sources d'information sur le diabète. Les articles ont été formulés comme des questions : « Combien avez-vous examiné ... = avez-vous parlé ... d'informations sur votre diabète ? » (Pas du tout, un peu, un peu, beaucoup). Ces articles ont été développés spécifiquement pour cette étude.</p> <p>Un seul élément a été utilisé pour mesurer le degré de contrôle que les patients veulent assumer dans leurs décisions en matière de soins de santé, adapté de l'échelle des préférences de contrôle. Il y avait cinq choix de réponses: je préfère prendre des décisions concernant mes soins de santé; Je préfère prendre des décisions concernant mes soins de santé après avoir considéré sérieusement l'opinion de mon médecin; Je préfère que mon médecin et moi partagions la responsabilité de prendre des décisions concernant mes soins de santé; Je préfère que mon médecin prenne des décisions concernant mes soins de santé, mais considère sérieusement mon opinion; Je préfère laisser mes médecins prendre des décisions concernant mes soins de santé.</p> <p>Huit items ont été sélectionnés dans la mesure récapitulative des résultats récapitulatifs des activités de soins du diabète. Un échantillon d'objet est " Sur combien de ces 7 derniers jours avez-vous suivi un plan alimentaire sain ? " (0-7 jours). Deux items ont été calculés en moyenne pour créer une échelle de glycémie (test de glycémie, test de glycémie comme recommandé).</p> <p>L'instrument de santé mondial a été utilisé pour mesurer l'état de santé. Un élément d'échantillon est " En général, dites-vous que votre santé est ... " (excellent, très bon, bon, juste médiocre). Il existe deux sous-échelles de score T (santé physique globale et santé mentale globale) et deux éléments individuels (santé et activités sociales et rôles).</p> <p>La satisfaction de la communication a été mesurée avec sept éléments adaptés de l'Enquête sur la qualité des soins de santé du Commonwealth 2006 et l'évaluation fonctionnelle de la satisfaction du traitement thérapeutique chronique. Des procédures et des évaluations d'études supplémentaires ont eu lieu mais ne sont pas pertinentes pour ce rapport. Seuls deux instruments (préférence pour la prise de décision des</p>

	patients et satisfaction de la communication) ont nécessité la traduction en espagnol ; La méthodologie de traduction de l'état de la science a été utilisée. Cette méthodologie implique deux traductions indépendantes, un rapprochement des deux traductions, une traduction automatique indépendante. Un contrôle indépendant est effectué par trois ou quatre experts bilingues pour chaque étape. »
Déroulement de l'étude	« De 2011 à 2012, un assistant de recherche bilingue a abordé les patients à la salle d'attente de la clinique de médecine générale du John H. Stroger, Jr., hôpital de Cook County, Illinois. Les patients ont été sollicités pour un essai randomisé d'un système d'éducation multimédia axé sur des antidiabétiques oraux et sur le traitement par l'insuline. Une formation complète basée sur les procédures d'exploitation standard développées depuis 20 ans et axées sur le patient et les populations diverses a été rajoutée par deux assistants de recherche bilingues. Une somme de 30\$ a été allouée aux participants et ces derniers ont signé leur consentement éclairé. »
Considérations éthiques	« Les participants ont donné leur consentement éclairé. Les stratégies de collecte et de gestion des données ont permis une transmission et un stockage de données confidentielles et sécurisées. L'étude a été approuvée par les comités d'examen institutionnel du Northwestern University et du système de santé de Cook County. »
Résultats Traitement/Analyse des données	« Toutes les échelles ont été notées selon les directives des développeurs, et la fiabilité de la cohérence interne a été estimée avec l'alpha de Cronbach ou la formule 20 de Kuder-Richardson. Les caractéristiques ont été comparées entre les participants parlant l'anglais et l'espagnol en utilisant un test t, un test du Chi-carré ou un test exact de Fisher. Des analyses de régression linéaire ou de probit ont été menées séparément pour 10 comportements et résultats de santé autodéclarés (variables dépendantes), cinq mesures de l'auto-soins du diabète (résumé Des activités de soins de santé du diabète, trois résultats de santé (PROMIS physique, mental et santé globale, Hays et al., 2009) et deux mesures de la satisfaction de la communication (adapté des questionnaires existants, Commonwealth Fonds, 2006; Peipert et al., 2014). La construction de modèles et les tests de médiation multivariés ont été réalisés en plusieurs étapes séquentielles en utilisant SAS (version de logiciel 9.3) et Mplus (version 6.11). Le test de médiation a été guidé par l'approche traditionnelle décrite par Baron et Kenny et d'autres, combiné à un Procédure d'amorçage corrigée par le biais, pour estimer les effets indirects et les intervalles de confiance. Pour chaque comportement et outcome de santé (Y), les analyses suivantes ont été effectuées. Tout d'abord, les variables indépendantes (X, régresseurs), définies comme les caractéristiques individuelles montrées à la figure 1, ont été examinées pour une interaction statistique ($p < .05$) avec le langage pour évaluer la pertinence de la mise en commun des données, puis des estimations de régression bivariée ont été obtenues à l'aide d'un modèle simple incluant uniquement la langue et la variable. Cette étape comprenait l'analyse de la relation entre la littéracie en santé et chaque variable dépendante. Comme l'ethnicité et la race ont été associées à la langue, elles n'ont pas été incluses dans les analyses. L'éducation n'a pas été incluse dans les analyses parce que sa relation avec la littéracie en santé aurait donné une interprétation compliquée des résultats. Deuxièmement, toutes les variables potentiellement importantes ($p < .25$ dans la régression bivariée) ont été introduites dans un modèle multivariable. Le langage a été retenu dans tous les modèles ; la littéracie en santé n'a pas été incluse à ce stade. L'élimination régressive supprime les variables une à la fois ($p < .05$). Troisièmement, une analyse distincte a été menée pour chaque variable pour l'interaction statistique ($p < .05$) avec la littéracie en santé (c.-à-d., La modération potentielle), puis des estimations de régression bivariée ont été obtenues pour un modèle avec la littéracie en santé comme variable dépendante pour estimer la relation entre le médiateur (littéracie en santé) et chaque variable indépendante. Enfin, la littéracie en santé a été ajoutée au modèle final multivariable. L'analyse de la médiation a permis d'estimer l'effet indirect de chaque variable indépendante sur le résultat par l'intermédiaire de littéracie en santé en tant que médiateur. L'effet indirect a une interprétation directe comme la diminution de l'effet du régresseur (X) sur le résultat (Y) lorsque le médiateur (M) est ajouté au modèle. Bootstrapping a été mis en place pour créer une distribution d'échantillonnage de 10 000 produits croisés afin d'estimer des intervalles de confiance de 95%. »

Présentation des résultats	<p>Les caractéristiques socio-démographiques divergent dans les groupes anglophones et hispanophones. Chez les hispanophones, il y a plus de femmes, plus de personnes possédant une éducation inférieure, plus de personnes mariées, moins de personnes avec une assurance maladie, plus de femmes au foyer, et avec moins d'expériences informatiques. 84% des participants hispanophones se définissent comme étant mexicain ou mexicain américain ou chicano. Les noirs non hispaniques composaient la majorité du groupe anglophone.</p> <p>De nombreux participants ont estimé que leur revenu n'était pas suffisant pour répondre à leurs besoins et que leur condition physique ou leur traitement médical leur causaient des difficultés financières.</p> <p>La plupart des personnes ont signalé qu'elles souffraient du diabète depuis plus de deux ans. Environ un tiers des participants utilisaient des antidiabétiques oraux et de l'insuline. Les échelles ont montré une bonne fiabilité (supérieur à 0,70) après des anglophones et chez les hispanophones. Cependant, chez les hispanophones, concernant les barrières alimentaires et médicamenteuses, la fiabilité était de 0,67 (voir tableau 1). Il y a des différences entre les hispanophones et les anglophones concernant les outcomes et les comportements en santé. Les participants hispanophones ont une moins bonne connaissance en santé comparativement aux anglophones.</p> <p>Un soutien social plus important et une plus grande auto-efficacité sont démontrés chez les hispanophones. Cependant, il est constaté qu'il y a plus de barrières liées à l'alimentation et aux médicaments et qu'il y a une satisfaction moindre concernant la communication avec le docteur concernant le diabète. Pour obtenir des informations sur la santé, les hispanophones utilisent moins de documents et internet. Par rapport à la population générale des Etats-Unis, les scores de la santé physique et mentale pour les deux groupes étaient plus faibles (score T en moyenne de 50 %, PROMIS Health Organization et PROMIS Cooperative Group, 2011). La santé est évaluée comme acceptable ou mauvaise par la plupart des participants. L'autosoin ainsi que la satisfaction de communication n'est pas associée à la langue. Par rapport aux anglophone, une mauvaise santé physique et mentale globale est soulignée par les hispanophones.</p> <p>Une meilleure auto-efficacité du diabète était significativement associée à tous les 10 comportements et outcomes de santé ; Spécifiquement, une plus grande auto-efficacité était associée à un meilleur auto-soins du diabète, à une meilleure santé et à une meilleure satisfaction à l'égard de la communication." Il y a eu une association positive entre le fait de croire que son diabète est bien contrôlé et une meilleure prise en soin du diabète en matière d'alimentation saine, de soins des pieds, de santé et d'activité physique. La santé physique et la santé en générale a été associé négativement à l'indice de masse corporel (IMC). Le test de glycémie et la santé mentale sont favorisés par le soutien social du régime alimentaire. Le traitement du diabète a été associé aux tests de glycémie et à la santé globale. La durée du diagnostic du diabète était positivement associée aux soins des pieds. La posologie des traitements médicamenteux recommandée a été combinée négativement aux barrières alimentaires et médicales. L'âge et la croyance aux bénéfices de la thérapie étaient négativement associés à la santé physique. Les personnes qui ont parlé à leurs professionnels de la santé pour obtenir des informations sur le diabète ont déclaré une meilleure satisfaction vis-à-vis de la communication. La croyance dans les avantages de la thérapie était également associée positivement à l'échelle de satisfaction. Il y a une corrélation négative entre la littéracie en santé et le soutien social pour les régimes alimentaires, les barrières au régime alimentaire et médicamenteuses et l'âge. La littéracie en santé a été positivement associée à l'IMC, à la connaissance du diabète et à plusieurs discussions avec les professionnels de la santé (pour obtenir des informations sur le diabète).</p>
----------------------------	---

<p>Discussion</p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Il existe de plus en plus de preuves du lien entre la littératie en santé et les résultats du diabète. Par contre, il y a peu d'informations sur le rôle possible de la littéracie en santé en tant que médiateur ou modérateur des outcomes rapportés par le patient.</p> <p>« La littératie en santé était plus faible chez les participants hispanophones que chez les participants anglophones (47,8 contre 52,1, respectivement), ce qui correspond à d'autres études sur les personnes atteintes de diabète.</p> <p>Chez les participants hispanophones, la littératie en santé était moindre que chez les participants anglophones (47,8 contre 52,1, respectivement), ce qui correspond à d'autres études sur les personnes atteintes de diabète. L'accumulation de preuves suggère qu'un score moyen de Health LiTT de 50 correspond à une littératie marginale en santé sur le test de la littératie en santé fonctionnelle chez les adultes. Ainsi, les participants à cette étude affichaient des niveaux insuffisants de littéracie en santé. »</p> <p>De multiples discussions avec un professionnel de santé (pour obtenir des informations sur le diabète), une connaissance élevée du diabète, le jeune âge, peu de barrières aux régimes et aux médicaments, peu de soutien social pour les régimes favorisent un niveau élevé de littéracie.</p> <p>D'autres auteurs ont souligné l'association entre la littératie en santé et les connaissances sur le diabète.</p> <p>Les hispanophones ont relevé une mauvaise santé physique, mentale et la santé en général. Cependant la langue n'est pas associée à l'autosoin du diabète ni à la satisfaction de la communication. L'association significative des 10 comportements et outcomes de santé et de l'auto-efficacité du diabète ne divergeait pas selon la langue. Dans d'autres études, la littéracie en santé n'était pas associée à l'auto-efficacité. L'augmentation de l'auto-efficacité a été associée à une augmentation de l'adhésion au traitement, à l'augmentation des comportements d'autosoins et à la diminution des symptômes physiques et psychologiques dans les maladies chroniques. Les obstacles importants de la gestion de la maladie que les minorités ethniques rencontrent, l'accès aux soins de santé, les contraintes financières et les croyances culturelles, peuvent entraîner une auto-efficacité plus faible. Selon cette étude, pour favoriser les comportements et les outcomes de santé chez les malades atteints de diabète de type 2, l'augmentation de l'auto-efficacité de la santé est une stratégie clinique complexe. Une étude antérieure des personnes vivant en ville, ayant de faibles revenus, de langue anglaise ou espagnole ayant un diabète de type 2 a également indiqué que l'auto-efficacité était associée à des comportements d'auto-efficacité, à l'appartenance ethnique et à une littéracie en santé.</p>
<p>Forces et limites</p>	<p>Limites</p> <p>« L'enquête transversale par échantillon ne permet pas d'effectuer des déductions sur les associations causales et il n'y a pas d'ajustement pour les comparaisons multiples. Cette étude a été réalisée une seule clinique. Elle ne tient pas compte de des personnes atteint de diabète de type 2 qui ont un accès limité aux soins. »</p> <p>Forces</p> <p>« Les résultats pour les hispanophones sont généralisables pour les personnes qui s'identifient comme mexicains-américains. Cette étude est la première qui inclut des anglophones et des hispanophones car la plupart des études antérieures ont utilisé l'administration des questionnaires pour la récolte de données et ont inclus seulement les anglophones. De plus c'est apparemment la première étude qui utilise le multimédia par « l'auto-administration » de questionnaire sur la littéracie en santé et les outcomes des patients souffrant de diabète de type 2. Les points forts de cette étude comprennent le fait qu'il a mesuré littéracie en santé en anglais et en espagnol avec un instrument qui estime les scores individuels sur un</p>

	<p>continuum linéaire et donne une équivalence de mesure psychométrique à travers les versions linguistiques. Cela a permis de distinguer les effets des compétences limitées de l'anglais et de la littéracie limitée sur les outcomes. À l'heure actuelle, la grande majorité des autres instruments de la littéracie en santé couramment utilisés regroupent les individus en catégories et disposent d'informations insuffisantes sur l'équivalence des langues. Une autre force de cette étude est que tous les participants, même ceux qui n'avaient jamais utilisé un ordinateur avant, ont effectué les questionnaires eux-mêmes en utilisant le multimédia TT = PP. L'échantillon de patients dans cette étude semble être représentatif des personnes mal desservies à Chicago, sur la base d'une enquête téléphonique qui a permis de décrire des lacunes numériques selon des lignes familiaires : l'âge, le revenu, l'éducation, la race et l'appartenance ethnique. Hispaniques = Les latinos dans l'enquête ont perçu plus d'obstacles à l'utilisation de la technologie que les autres groupes. »</p>
Conséquences et recommandations	<p>« L'étude actuelle montre que l'accès aux soins peut être amélioré en fournissant un système d'évaluation multimédia par ordinateur dans les cliniques où les personnes reçoivent des soins de santé. Le modèle comportemental pour les populations vulnérables pourraient être utiles pour faciliter ces initiatives. Ces résultats appuient un nombre croissant de preuves empiriques selon lesquelles les interventions pour les minorités ethniques ou ethniques avec le diabète de type 2 et d'autres maladies chroniques devraient viser à accroître l'auto-efficacité comme moyen d'améliorer les comportements et les outcomes en santé. »</p>
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes					
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Tout est indiqué, concept, type d'étude, population
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			Tous les items sont présents.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	x			Les hispanophones ont une faible littéracie en santé et une santé physique, mentale globale plus limitée que les anglophones.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	x			Des articles de 1981 à 2014 ont été utilisés.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	x			Modèle comportementale pour les populations vulnérables (Andersen, 1968, 1995, 2008; Gelberg, Andersen, & Leake, 2000) (figure 1)
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	x			L'étude actuelle a été conçue pour examiner les associations entre les caractéristiques rapportées par le patient, les comportements de santé et les outcomes de santé et explorer le rôle de la littéracie en santé comme médiateur potentiel des outcomes chez les adultes anglophones et hispanophones qui recevaient des soins pour le diabète dans une clinique.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	x			Essai randomisé
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	x			146 participants hispanophones et 149 participants anglophones

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	x			Dans la méthode.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	x			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	x			Dans la méthode
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	x			Les participants ont donné leur consentement éclairé. Les stratégies de collecte et de gestion des données ont permis une transmission et un stockage de données confidentielles et sécurisées. L'étude a été approuvée par les comités d'examen institutionnel du Northwestern University et Cook County Health System.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	x			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Tableau 1, 2, 3, 4
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	x			
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	x			Articles de 1981 à 2014
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	x			

	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	x			
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

ANNEXE 5

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Seale, C., Rivas, C., Al-Sarraj, H., Webb, S., & Kelly, M. (2013). Moral mediation in interpreted health care consultations. <i>Social Science & Medicine</i> , 98, 141-148. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.014
Introduction Problème de recherche	« Certaines preuves relèvent qu'il est plus compliqué pour les patients avec des compétences limitées dans la langue du professionnel de communiquer sur d'autres questions que des questions strictement médicales, d'ailleurs, la façon dont le professionnel de santé les perçoit en tant que patient peut être influencée. De plus, les patients ayant des compétences linguistiques limitées ont moins de possibilité et révèlent leur « moi moral » d'une autre manière que les patients parlant couramment. »
Recension des écrits	<p>« Le travail moral est omniprésent dans les consultations dans les soins de santé. Généralement, les patients se sentent obligés de démontrer que leur décision de consulter un prestataire de soins est justifiée, car une visite injustifiée ne permet pas d'entrer légitimement dans le rôle des malades, par lequel la déviance temporaire qui serait autrement imputée au patient est pardonné ou sanctionné . » Le médecin débute souvent la consultation par une enquête sur le but de la visite et le patient répond aux questions du médecin. « Les parties suivantes des consultations démontrent également des justifications pratiques. » Des compétences linguistiques importantes doivent être développées par les participants. Certaines preuves relèvent qu'il est plus compliqué pour les patients avec des compétences limitées dans la langue du professionnel de communiquer sur d'autres questions que des questions strictement médicales, d'ailleurs, la façon dont le professionnel de santé les perçoit en tant que patient peut-être influencée. De plus, les patients ayant des compétences linguistiques limitées ont des possibilité et révèlent leur « moi moral » d'une autre manière que les patients parlant couramment.</p> <p>« La réputation morale est impliquée dans une variété plus grande de situations que celle liées à la santé et à la maladie. Sans doute, c'est une caractéristique sous-jacente permanente de notre vie sociale.</p> <p>Les conséquences de l'interaction ont été expliquées par : la catégorisation des comptes qui impliquent des excuses et justifications, et analyse des circonstances dans lesquelles différents types de comptabilité morale sont honorés par d'autres, finit par soulignant que «chaque récit est une manifestation de la négociation fondamentale de l'identité. On a prétendu que la maladie elle-même peut être comprise comme un type de «malaise moral», avec l'adoption de comportements favorisant la santé étant une « démonstration d'une vie vertueuse. »</p> <p>« En ce qui concerne le diabète, les patients, qui ont raconté leurs rencontres avec des prestataires de soins, se sont souvent sentis (à tort ou à raison) traités comme des enfants désobéissants, ou méchants ou des adultes stupides. » « Beaucoup ont estimé que leur mode de vie avait causé leur diabète ; d'autres ont nié cela. » « L'obligation de contrôler le diabète par l'autogestion a des composantes morales et beaucoup de culpabilité a été exprimé dans les discussions sur le régime alimentaire. » « Les patients ont déclaré qu'ils essayaient d'éviter d'être stigmatisé par les prestataires de soins. » « Certains patients ont admis avoir falsifié des registres de leur contrôle quotidien au niveau de HbA1c (glycémie) afin de tromper les</p>

	<p>prestataires de soins. »</p> <p>« La culpabilité a été explorée dans une étude comparative. » « L'échantillon était constitué de répondants blancs atteints de diabète et de pakistanais et indiens qui étaient interrogé sur les causes de leur diabète. » « Les répondants blancs ont tendance à souligner leurs choix personnels et leurs « échecs » » ; « Les répondants de l'Asie du Sud essaient d'externaliser la responsabilité, en blâmant par exemple le stress de la migration et le fait de vivre dans un nouveau pays. »</p> <p>« L'autogestion du diabète par les patients est un « travail acharné » ». Cependant, elle est valorisée par les prestataires de soins comme un élément nécessaire aux soins. Des compétences pratiques et des connaissances sont essentielles telles que le contrôle glycémique, l'alimentation, la tâche émotionnelle pour faire face à son propre sentiment et ceux des autres, et des compétences considérables liées au système de soins de santé. Les prestataires de soins sont souvent impliqués dans la motivation des patients, pour leur permettre de s'engager dans leur propre travail d'autogestion.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Communication</p> <p>Travail moral</p>
Question de recherche/buts	<p>« Le travail moral effectué dans des consultations de routine pour les patients atteints de diabète effectués par des infirmières dans les soins primaires dans lesquels l'interprète est nécessaire est observé et analysé. »</p>
Méthodes Devis de recherche	<p>Etude de cas</p>
Population, échantillon et contexte	<p>-Patients atteints de diabète qui ne parlent pas couramment anglais dans les soins de santé primaire à Londres de 2010 à 2011.</p> <p>-49 participants</p> <p>-Dans 12 consultations interprétées, 10 impliquaient des patients originaires du Bangladesh, deux autres avec une personne parlant arabe (Jordanie) et une personne parlant urdu (langue maternelle pashto).</p> <p>Ces douze consultations ont été comparées avec 24 consultations de patients qui ont un niveau d'anglais courant évalué par les auteurs.</p> <p>Tous sauf une de ces consultations en langue anglaise courante concernait un patient dont l'anglais est sa première langue, 18 avec des blancs, 3 avec des noirs et 3 avec des patients asiatiques. Neuf prestataires de soins ont été impliqués dont sept infirmières.</p>
Méthode de collecte des données	<p>57 vidéo et enregistrements audio de consultations de patients atteints de diabète qui ne parlent pas couramment anglais dans les soins de santé primaire à Londres de 2010 à 2011.</p> <p>36 consultations se déroulant dans l'arrondissement londonien de Tower Hamlets, à l'exclusion des consultations où le patient ne maîtrisait pas l'anglais mais ne nécessitaient pas d'interprète.</p> <p>148 patients adultes atteints de diabète venant effectuer un contrôle de routine avec des infirmières ou des assistants de santé et des interprètes dans quatre cabinets ont été invités à participer.</p> <p>41 des 148 patients ne se sont pas présentés à leur rendez-vous, 49 des 107 patients ont accepté de participer.</p> <p>« Les enregistrements en anglais ont été traduits par un professionnel. Lorsqu'il y avait une autre langue que l'anglais, un</p>

	<p>traducteur et un membre de l'équipe regardaient et écoutaient les enregistrements audios et vidéo. Le traducteur a verbalisé en anglais, les passages non-anglais qui ont dû être réécouté plusieurs fois. Cette traduction a été enregistré puis transcrit et ajouté en italique aux transcriptions anglaises. Un schéma de codage pour l'analyse du contenu a été développé par les 3 chercheurs et appliqué aux transcriptions par deux des chercheurs en utilisant le logiciel NVivo9.</p> <p>Le codage a été effectué de manière indépendante des groupes de quatre transcriptions, en discutant des divergences et des définitions de codage à affiner jusqu'à ce qu'une statistique kappa acceptable de Cohen mesure la fiabilité inter-évaluateur pour tous les codes (le kappa global final était de 0,84).</p> <p>Les codes ne s'appliquaient qu'aux paragraphes entiers, chaque paragraphe représentant un tour de parole par un locuteur. »</p>
Déroulement de l'étude	<p>« Dans 12 consultations interprétées, 10 impliquaient des patients originaires du Bangladesh, deux autres avec une personne parlant arabe (Jordanie) et une personne parlant urdu (langue maternelle pashto).</p> <p>Ces douze consultations ont été comparées avec 24 consultations de patients qui ont un niveau d'anglais courant évalué par les auteurs.</p> <p>Tous sauf une de ces consultations en langue anglaise courante concernait un patient dont l'anglais est sa première langue, 18 avec des blancs, 3 avec des noirs et 3 avec des patients asiatiques. Neuf prestataires de soins ont été impliqués dont sept infirmières.</p> <p>Deux patients ont été vu par des assistants de santé (dont une de ces consultations était interprétée et l'autre non).</p> <p>Les infirmières ont indiqué leur origine ethnique : noires africaines, blancs d'origine anglaise à l'exception d'une infirmière qui était originaire de Bangladesh et d'un assistant de soins qui était originaire du Bangladesh mais qui conduisait ses consultations en anglais.</p> <p>Six interprètes ont participé dont un lors d'un entretien téléphonique. Tous, sauf une consultations (une fille adulte interprétait) impliquait un interprète professionnel qui partageait la même langue et la même origine ethnique que le patient. Une exception pour le locuteur Pashto, l'interprète parlait urdu en première langue et le patient parlait urdu en seconde langue. »</p>
Considérations éthiques	<p>Cette étude a été approuvée par le Comité éthique régional de Londres Surrey-Borders (Réf: 10 / H0806 / 27).</p> <p>Les infirmières, les interprètes et les autres prestataires de soins ont été informés séparément et ont donné leur consentement écrit.</p>
Résultats Traitement/ Analyse des données	<p>« Au départ, il y a une description des tentatives des patients de présenter les informations moralement pertinentes ainsi que le degré de succès de celles-ci pour les patients anglais et non anglophones. Puis il y a une discussion du rôle de l'interprète dans la médiation de la réputation morale des autres participants et en particulier les patients. Pour terminer, il y a une conclusion avec une section d'ordre plus général : Les patients anglophones relèvent de nouveaux sujets avec une grande facilité par rapport aux patients non-anglophones. »</p>
Présentation des résultats	<p><i>Transmettre des informations moralement pertinentes</i></p> <p>Les patients ont des attitudes diverses (connaissances sur la maladie et politesse) pour démontrer leurs capacité à s'autogérer aux professionnels de soins.</p> <p>Signaler les épisodes de mauvaise adhésion aux recommandations (concernant les traitements médicamenteux, des régimes,</p>

d'alimentation ou d'exercice physique) était parfois perçu comme plus simple pour les patients anglophones sans crainte du regard du professionnel de santé.

« Je ne peux pas défier le soignant ('mon cholestérol. Je peux voir pourquoi il est élevé, j'ai un moment de paresse "; «Je n'ai pas été là-bas [activité physique] j'ai été tellement occupé. »

La majorité des patients anglophones ont présenté des preuves de leur bon comportement, ou fait des excuses plus élaborées car ils n'ont pas suivi les régimes recommandés. Cependant, ils ont tout de même conservé une identité de " bon patient" auprès des soignants.

La non-traduction des paroles du patient était parfois associée au fait que les interprètes sont enclins à engager des conversations avec le patient dans de celui-ci. Les interprètes ont poursuivi des sujets qui n'étaient pas ceux que l'infirmière avait relevé. Par conséquent, le statut de plusieurs énoncés de patients destinés à l'infirmière sont demeurés ambigus. Les interprètes ont également discuté en anglais avec les infirmières sans proposer de traduction aux patients. Parfois, si l'interprète connaissait la réponse, cela paraissait plus facile et plus rapide de répondre directement à la question d'une infirmière ou d'un patient que de traduire laborieusement. Cela pourrait être aussi lié à une caractéristique largement rapportée dans d'autres études : la tendance des interprètes à adopter le rôle de « co-diagnosticien ». A Tower Hamlets, la formation des interprètes les définit plus comme « avocat du patient ». De ce fait la tendance à devenir un « co-diagnosticien » est favorisée. Cet aspect a aussi été influencé par le fait que certains interprètes ont souvent des contacts avec des patients atteints de diabète et ont suivi des formations ciblées sur la manière de conseiller les patients sur la façon de gérer leur maladie.

Protéger le patient

Certaines pratiques de l'interprète permettraient de promouvoir une réputation morale positive pour le patient.

« Cela pourrait impliquer d'omettre les paroles des patients qui les discréditent ou les modifier afin qu'elles soient moins négatives. »

Difficultés à soulever des sujets

Les difficultés des patients non anglophones a soulevé des informations sur leurs émotions, sont à mettre en contexte avec des difficultés plus globales que les patients ont vécu dans l'initiation de discussions les préoccupants . Les patients parlant anglais produisent en moyenne neuf fois plus de discours sur des problèmes médicaux non liés au diabète, comparativement aux patients ne parlant pas anglais. Les questions soulevées par les patients jugées, soit par l'interprète ou l'infirmière, comme sans rapport ou hors propos avec le sujet de la consultation ont été ignorés ou exclus à de nombreuses reprises. « Parfois, des problèmes très graves relevés par des patients allophones ont été oubliés parce qu'ils ne sont pas traduits ou ont été jugées (souvent explicitement) sans rapport avec la consultation. »

« Les entrevues avec les interprètes ont révélé une explication possible de certaines difficultés liées aux expériences des patients. » Certains interprètes ont clairement exprimé qu'il est essentiel, dans l'intérêt du patient, de s'en tenir aux sujets qui concernent le diabète afin de gagner du temps.

« Les difficultés que des patients allophones ont eu pour que l'infirmière parle de certains sujets ou pour lesquels ils désiraient

	des conseils. Par contre, les patients n'éprouvaient pas des difficultés à transmettre des informations pertinentes moralement, mais le contexte dans lequel ces difficultés peuvent être compris, est important. »
Discussion Interprétation des résultats	<p>« Selon cette étude, le contenu des consultations montre que certains sujets sont moins souvent évoqués dans les consultations interprétées que dans les consultations dans lesquelles les interlocuteurs parlent la même langue. Une plus grande distance sociale est supposée entre le professionnel de santé et le patient dans les consultations interprétées, du fait que beaucoup de discours manquent d'humour ou d'informations sur « le monde du patient ». « De plus, des mauvaises traductions par l'interprète ont été relevées dans le contenu de l'analyse ». « Cette analyse qualitative va expliquer pourquoi et comment cela se passe, et soulève la question supplémentaire de la médiation morale ou son absence par des interprètes ». « Il est clair, tout d'abord, que soulever des questions non liées au diabète est en général plus facile pour les patients anglophones, et que cela peut permettre aux professionnels de santé à répondre à ces préoccupations dans les échanges prolongés. » « Par contre dans des consultations interprétées, les questions non-liées au diabète sont souvent considérés comme hors de propos par les interprètes et non traduits et aucune discussion n'a lieu à ce sujet entre le professionnel de santé et le patient ». « Dans ces situations, l'interprète a un certain pouvoir. » Le fait que l'interprète endosse souvent le rôle d'avocat peut les influencer à la fois à donner des informations au nom du patient et à ne pas traduire certaines déclarations des patients aux infirmières, pour agir sur la réputation morale du patient. Par conséquent, le patient se sent frustré car il se voit refuser l'accès aux professionnels de santé. Les patients parlant anglais avaient une plus grande liberté de choix que dans les consultations interprétées lorsqu'il s'agissait d'informations morales. « Les professionnels de santé sont tenus au niveau déontologique de rester moralement neutre sur les défauts des patients pendant les consultations. « Cela signifiait que certains patients parlant anglais semblaient « s'en sortir » plutôt bien, malgré des excuses pour des comportement « mauvais » qui n'étaient pas toujours très élaboré ou convaincant ». Cela suppose que le manque d'inhibition par certains anglophones peut être associé à une plus grande confiance dans les infirmières restant professionnellement neutres. Le manque de confiance de certains patients dans ce domaine, peut-être dû à un manque de familiarité avec les normes culturelles des professionnels de santé au Royaume-Uni ou encore à d'autres raisons culturelles. L'humour peut être utilisé aussi bien pour construire la relation que pour apaiser les tensions à propos des informations morales.</p> <p>Dans les consultations interprétées, il y avait moins d'humour.</p> <p>L'absence d'expression de désapprobation des infirmières ne veut pas dire qu'il n'y en a pas. La formulation de tout types jugements est une préoccupation pour beaucoup de patients. Les patients parlant anglais étaient capables de formuler des excuses et de justifier des comportements qui s'écartaient des recommandations de soins ou de régimes. Lorsque les patients allophones tentaient de s'excuser, leurs paroles n'étaient pas transmises de manière fiable aux professionnels de santé.</p> <p>« Les résultats montrent une insuffisance dans la transmission de messages moraux positifs de la part des interprètes mais ils les montrent aussi actifs dans le domaine de la médiation morale. » Ce serait sûrement pour protéger le patient des reproches faites par les infirmières. « Les informations potentiellement stigmatisantes qui pourraient révéler l'ignorance ou la grossièreté étaient cachées en évitant leur traduction. » Les interprètes protégeaient aussi le patient des déclarations des infirmières s'ils estimaient que cela pouvait atteindre leur réputation morale. Dans cette étude, certaines consultations ont indiqué que les infirmières se sont adressées directement à l'interprète. Probablement, elles ont supposé que le patient ne comprenait pas ou ne voulait pas être informé de ce qui était dit.</p> <p>L'autogestion du diabète entraîne parfois un sentiment de désespoir chez les patients. D'ailleurs, dans certaines consultations,</p>

	<p>les patients expriment ce découragement. Ces sentiments devraient être abordés quand le professionnel de santé les entend, comme cela se passe lors de consultation non-interprétées. Lorsque l'interprète est concerné, il évite de traduire les sentiments qui pourraient discréditer le patient. Les interprètes dans ces situations sont alors plus que des « traducteurs neutres ». « La complète neutralité est une chimère car le simple mécanisme d'une traduction d'un mot ou d'une phrase dans une autre langue peut rarement voire ne jamais être atteint » « D'autres études sur le comportement des interprètes ont montré qu'ils prennent un rôle de « co-diagnosticien » pour s'aligner sur les perspectives des professionnels de santé»,</p> <p>« De ce fait, les interprètes peuvent être considéré comme des médiateurs moraux entre le patient et le professionnel de santé pour favoriser ou parfois nuire à la réputation morale du patient ».</p> <p>« Si les patients ne présentent pas le travail complet de comptabilité morale, les professionnels de santé sont plus libres de faire une évaluation négative de la connaissance, de l'engagement et de la motivation de ces patients, expliquant peut-être les résultats des études antérieures sur les attitudes de certains professionnels à l'égard des patients non anglais ».</p> <p>« Puisque plusieurs informations pertinentes sur les tentatives des patients à gérer leur diabète n'a pas été transmise, les professionnels de santé ne se rendent pas compte que ces évaluations peuvent être liées à des difficultés de communication ».</p> <p>« Il est possible également que les patients peuvent ne pas avoir conscience de la dynamique de ces rencontres, car ils ne comprennent pas le sens de tout ce que le professionnel de santé dit, et ils n'ont pas accès aux pensées du professionnel. »</p>
Forces et limites	<p>Forces :</p> <p>Les résultats ont une pertinence générale pour la compréhension des aspects de la médiation morale dans les consultations interprétées.</p> <p>Limites :</p> <p>Il n'y a pas de données sur les attitudes des professionnels de santé dans le domaine du travail moral.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les résultats ont une pertinence générale pour la compréhension des aspects de la médiation morale dans les consultations interprétées.</p>
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Ou i	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Seale, C., Rivas, C., Al-Sarraj, H., Webb, S., & Kelly, M. (2013). Moral mediation in interpreted health care consultations. Social Science & Medicine, 98, 141–148. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.014				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	x			La médiation morale dans les consultations interprétées
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			Tout est indiqué
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	x			« Certaines preuves relèvent qu'il est plus compliqué pour les patients avec des compétences limitées dans la langue du professionnel de communiquer sur d'autres questions que des questions strictement médicales, d'ailleurs, la façon dont le professionnel de santé les perçoit en tant que patient peut être influencée ». « De plus, les patients ayant des compétences linguistiques limitées ont moins de possibilité et révèlent leur « moi moral » d'une autre manière que les patients parlant couramment ».
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	x			Dans « l'introduction » et « la revue de littérature »
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	x			Dans l'introduction, la médiation morale est bien expliqué.

Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	x			« Le travail moral effectué dans des consultations de routine pour les patients atteints de diabète effectués par des infirmières dans les soins primaires dans lesquelles l'interprète est nécessaire est observé et analysé » .
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?		x		-
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	x			-
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			Patients atteints de diabète qui ne parlent pas couramment anglais dans les soins de santé primaire à Londres (Tower Hamlets) de 2010 à 2011.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			-
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	x			-
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	x			-
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			Cette étude a été approuvée par le Comité éthique régional de Londres Surrey-Borders. Les infirmières, les interprètes et les autres prestataires de soins ont été informés séparément et ont donné leur consentement écrit.
Résultats Traitement/	L'analyse des données est-elle détaillée ?	x			-

ANNEXE 6

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche qualitative

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Bischoff, A., Dao Dominicé, M., Hulderson, P & Perron Junod, N. (2013). Interpreter-mediated diabetes consultations : a qualitative analysis of physician communication practices. BMC Family practice 14 (163)
Introduction Problème de recherche	Les coûts de santé, la mortalité, la morbidité induits par le diabète constituent des enjeux majeurs pour la santé publique. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le nombre des personnes souffrant de diabète en Suisse s'élève à 250 000 et risque d'atteindre 300 000 en 2025. Afin de rétablir l'état de santé et une meilleure qualité de vie, les cliniciens se consacrent à soutenir les patients dans la gestion du diabète. Cependant, les barrières linguistiques et culturelles ainsi que des techniques de communication des médecins dans le dialogue rendent très complexe la gestion du diabète chez des patients allophones.
Recension des écrits	<p>La plupart des patients présentent une valeur glycémique et un contrôle de tension inadéquats ainsi qu'une hypercholestérolémie, malgré le fait qu'une bonne gestion du diabète optimise les résultats cliniques. Les résultats et la mauvaise gestion du diabète sont des conséquences importantes d'une non- adhérence au traitement. Des problèmes sociaux et financiers, le manque de motivation dans les changements des habitudes de vie, le manque de compréhension du diabète et de ses complications contribuent aux différents obstacles à l'adhérence au traitement.</p> <p>Les éléments suivants sont primordiaux pour une bonne gestion du diabète : une communication soignant-soigné en particulier la capacité des médecins à cerner les inquiétudes des patients, à ressortir les facteurs contextuels et les croyances sur la santé et la maladie et, la capacité d'assister les patients à susciter des changements des habitudes de vie. Selon diverses études, une adhérence au traitement ainsi que de bons résultats découlent d'une meilleure communication et une décision partagée.</p> <p>Dans des situations des différences culturelles et linguistiques, la communication médicale concernant le diabète se complique. Les modes de communication, les attentes, les choix de traitement, les valeurs, la compréhension de la maladie des patients soulignent un grand écart dans des contextes multiculturels. Des malentendus risquent de surgir suite à ces écarts. Pour établir une communication efficace et une gestion optimale du diabète, il s'avère nécessaire de cerner le projet des soins du patient et de lever les barrières culturelles.</p> <p>Pour pallier aux différences linguistiques et culturelles entre le professionnel de santé et le patient, l'appel à des interprètes professionnels est vivement souhaité lorsque les cliniciens et les patients ne partagent pas la même langue.</p> <p>Selon plusieurs études, une prise en charge optimale des patients allophones résulte de l'utilisation des interprètes professionnels. Ceci conduit à une qualité des soins égale à celle des autochtones. L'effet des compétences et des pratiques de l'interprète sur la qualité de communication et des soins fut souligné dans plusieurs études. Cependant, une collaboration efficace ainsi que de compétences et des pratiques de l'interprète et du médecin contribuent à la qualité d'une communication médicale menée avec un interprète. L'utilisation des phrases courtes, l'omission du jargon, le fait de poser une question à la fois, faire de pause et le fait de s'adresser directement au patient lors de consultations avec l'interprète sont indiqués par des guidelines. Une bonne atmosphère à la relation patient-interprète et médecin découle de ces indications. Malgré ces indications, les pratiques restent sous optimales dans de nombreux contextes.</p> <p>Selon une étude menée à Genève, la plupart de médecins et des étudiants en médecine se sentiraient désarmés pour citer les éléments de base de la collaboration avec un interprète car ils surestiment leurs compétences et de plus, la plupart des médecins n'ont pas reçu de formation sur l'utilisation de l'interprète. Malgré de problèmes heurtant à la neutralité et à la confidentialité ainsi que des erreurs d'interprétation clinique, les cliniciens ne cessent d'utiliser des interprètes informels.</p> <p>Il arrive souvent qu'à l'insu de médecins, les interprètes aient une grande influence dans une consultation médicale et ceci est signalé dans diverses études. Le contrôle du diabète et l'interprétation précise des concepts clés du diabète peuvent créer des difficultés de compréhension</p>

	<p>aux interprètes informels.</p> <p>Pour combler les difficultés de communication présentes dans une consultation avec des interprètes informels, les cliniciens n'ont pas conscience de ces difficultés et ne possèdent pas non plus de compétences nécessaires car ils n'ont pas été formés au trialogue. Cependant, il existe peu d'études qui soient menées pour indiquer comment les techniques de communication influencent la participation des patients dans ces consultations. Le trialogue reste alors un aspect complexe pour les professionnels de santé, les interprètes et les patients.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Adhérence thérapeutique</p> <p>Communication interculturelle</p> <p>Qualité de vie</p> <p>Triialogue</p>
Question de recherche/buts	<p>But : Le but de cet étude est d'examiner les pratiques des médecins au moyen des bonnes pratiques des guidelines.</p> <p>Objectif : Explorer les techniques de communication des médecins dans des consultations avec des interprètes, des patients turcs allophones souffrant de diabète, dans le but de ressortir des obstacles et fournir des pistes d'actions.</p>
Méthodes Devis de recherche	Etude qualitative exploratoire
Population, échantillon et contexte	<p>Population : Médecins de langue germanophone, patients turcs et diabétiques, interprètes (langue turque et allemande), membres de famille comme interprètes.</p> <p>Echantillon : 8 cliniciens dont 5 médecins, 1 infirmière, 1 diététicienne, 1 éducatrice en diabétologie, 2 interprètes professionnels et 7 patients.</p> <p>Contexte : Service de médecine générale dans une polyclinique médicale de l'Hôpital Universitaire de Bâle.</p>
Méthode de collecte des données	Des consultations planifiées à la polyclinique MUP (clinique ambulatoire générale) concernant un patient turc diabétique et nécessitant un interprète ont été relevées durant le mois d'août et septembre 2005. Le choix de la population turque s'explique par un nombre important de cette communauté habitant à Bâle et souffrant du diabète. A chaque fois qu'une consultation du patient turc nécessitait un interprète informel/formel, l'assistant de recherche restait informé. Au début de chaque consultation, le médecin de recherche invite les 3 acteurs (médecin, patient, interprète) à y participer, leur précise les objectifs de l'étude et leur remet le formulaire du consentement éclairé. L'assistant de recherche restait dans la salle de consultation et enregistrait l'entretien lorsque les 3 parties donnaient leur accord.
Déroulement de l'étude	<p>Dans cette étude, un membre de la famille a servi d'interprète dans 2 consultations, un membre de la famille et un interprète étaient présents dans 2 consultations et un interprète professionnel était sollicité dans 4 autres consultations.</p> <p>Les données recueillies d toutes les consultations étaient directement transcrites .</p> <p>Les énoncés en allemand ont été transcrits par l'assistant de recherche et les énoncés turcs ont été transcrits par un étudiant turc de l'université. Un assistant de recherche bilingue a transcrit ensuite les énoncés turcs en version allemande.</p> <p>Un chercheur parlant l'anglais et l'allemand (AB) et 3 chercheurs s'exprimant en anglais et en français composaient l'équipe d'analyse. Un traducteur professionnel transcrit les énoncés d' allemand en version anglaise et le chercheur AB qui s'occupait durant toute la recherche des transcriptions en allemand pendant que les autres étaient chargés des transcriptions en anglais a effectué un double contrôle, afin de permettre l'analyse par les chercheurs ne parlant pas l'allemand et faciliter la publication des résultats.</p> <p>Une transcription complète fut réalisée par un traducteur professionnel trilingue qui apprécia la traduction car les chercheurs étaient préoccupés par les déformations éventuelles dans la double traduction turque c'est-à-dire de la traduction turque en allemand et ensuite en anglais.</p> <p>Un membre de la communauté turque ne participant pas à cette étude fut quelque fois consulté quand les énoncés paraissaient peu clairs.</p> <p>Lors de la rencontre donnant suite aux impressions générales des transcriptions, les chercheurs ont élaboré une liste des codes qui ont été</p>

	appliqués à toutes les transcriptions en utilisant le logiciel MAXQDA2007 pour l'analyse des données qualitatives. Chaque transcription fut vérifiée individuellement par des chercheurs en identifiant les principaux passages et thèmes qui démontrent les techniques de communication des médecins, les rôles de l'interprète ainsi que la participation du patient. Les autres membres de l'équipe vérifièrent par la suite les données analysées et codées. Les énoncés turcs furent transcrits en italique et ceux en allemand en texte usuel dans la présentation des citations.
Considérations éthiques	Cette étude est approuvée par le comité d'Ethique de l'hôpital de Bâle, L'EKBB (Ethikkommission Beider Basel). Les participants ont signifié leur consentement éclairé. Les auteurs confirment qu'il n'y a pas de conflit d'intérêt
Résultats Traitement/ Analyse des données	<p>Il y avait l'enregistrement des 8 consultations avec des interprètes en médecine générale de la polyclinique et tous les participants ont donné leur accord.</p> <p>Différentes techniques de communication des médecins qui peuvent entraver la participation du patient furent identifiées, certaines d'entre elles sont en lien avec les interprètes et d'autres restent problématiques même s'il n'y a pas de barrière linguistique. Les modèles cités prouvent l'importance des techniques de communication en général et une meilleure attention dans le dialogue.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'utilisation des questions fermées et directive des instructions 2. L'utilisation de longues tournures 3. Le manque de vérification de compréhension des patients 4. L'utilisation du discours dirigé aux interprètes 5. La gestion des membres de famille dans la conversation
Présentation des résultats	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'utilisation des questions fermées et directive des instructions <p>Dans la prise en charge des maladies chroniques, les techniques de communication centrées sur le patient et les aspects importants à prendre en compte sont les suivants: les questions ouvertes, l'empathie et la considération des patients dans l'échange. Dans cette étude, les médecins ont émis des jugements objectifs et énoncé des directives. Ils ont également utilisé des questions fermées.</p> <p>Il y a eu peu d'échange sur des problèmes à résoudre et les cliniciens ne se sont pas intéressés au vécu des patients ni à leurs ressentis ni à leurs difficultés. Dans des situations semblables, il arrive aussi que certaines questions soient mises de côté ou soient répondues par l'interprète. Il paraît aussi évident que les patients apportent peu d'éléments de réponse et posent rarement des questions sur des informations utiles.</p> 2. L'utilisation de longues tournures <p>Les médecins devraient utiliser des phrases courtes pour permettre un bon travail des interprètes et accroître la chance de réussite d'une traduction, en formulant une question à la fois et en utilisant deux phrases ou deux idées . Dans cette étude, les pour des questions touchant aux symptômes, les médecins ont utilisé des phrases courtes mais par contre, de longs discours ont été tenu pour donner des explications et des instructions aux patients. Cette pratique apparaît régulièrement dans les consultations car il est supposé que les cliniciens n'ont pas conscience des difficultés de l'interprète ou bien qu'il surévaluent les compétences linguistiques des patients.</p> 3. Le manque de vérification de compréhension des patients <p>Pour permettre de vérifier la compréhension sur les informations données aux patients, il est recommandé aux médecins de demander aux patients de reformuler. Comme le médecin se tournait vers l'interprète dans une des consultations, l'interprète a répondu à la place du patient au lieu de traduire et le médecin a poursuivi la conversation . Dans une autre de ces consultations, il y a eu de frustration de la part du médecin car le médecin s'adressait directement à la femme et à son conjoint, et que le fils ne fournissait pas assez de traduction mais répondait à la place de sa mère.</p> 4. L'utilisation du discours dirigé aux interprètes <p>Le travail supplémentaire de reformulation réalisé par l'interprète, pourrait être évité dans le dialogue si les médecins s'adressaient directement au patient. Le clinicien se sent exclu de la conversation lorsque la position latérale de l'interprète et du patient est favorisée. Ceci est explicable car lorsqu'il s'exprime directement aux interprètes, les cliniciens les catégorisent en qualité d'expert. Les interprètes vont alors</p>

	<p>être incités à répondre à la place du patient et à faire de la reformulation plutôt que de la traduction. Ils peuvent aussi émettre d'autres détails.</p> <p>5. La gestion des membres de famille dans la conversation</p> <p>Rappeler aux patients des informations manquantes, apporter des informations supplémentaires, du soutien et du réconfort est du ressort des membres de famille. Néanmoins, ces membres de famille dirigent le médecin et le patient dans des conversations latérales, font face aux questions posées au patient et ceci risque d'entraver la communication soignant-soigné en omettant des informations données.</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Cette étude avait pour objectif d'explorer les modèles de communication des médecins dans des consultations avec un interprète chez les patients souffrant de diabète. Des lacunes avec les principaux éléments de la communication centrée sur le patient et la collaboration des professionnels avec l'interprète ont été soulevées comme problématiques. En outre, la communication était centrée sur les problématiques d'ordre clinique et il n'y eut qu'un bref échange sur les problèmes sociaux et personnels induits par le diabète. Il y avait une communication unilatérale de la part des médecins et les questions utilisées étaient sous forme de questions fermées et d'instructions. L'afflux de parole était ingérable par les cliniciens et les cliniciens ne pouvaient pas se centrer sur le patient lorsque les membres de la famille étaient employés comme interprètes. Les techniques de communication comme s'adresser directement à l'interprète, utiliser de longs discours et poser plusieurs questions en même temps peuvent entraver la participation du patient dans la discussion.</p>
Forces et limites	<p>Limites : C'est une petite étude exploratoire avec 8 cliniciens et 2 interprètes. Si cette étude avait annexé d'autres cliniciens et contextes de soins, des pratiques supplémentaires auraient pu être nommées. Cette étude ne permet pas d'explorer les variations des modèles de communication en présence ou à l'absence voire même du type d'interprète soit informel ou professionnel.</p> <p>Forces : Les résultats de cette étude rejoignent ceux des autres chercheurs comme ceux de Seale et de ses collègues, ceux de Kokanovic et Manderson, ceux de Rivadineyra et ses collègues.</p>
Conséquences et recommandations	<p>La clé des soins centrés sur le patient repose sur une meilleure communication mais la communication risque d'être entravée par un manque d'évaluation des techniques de communication du clinicien dans le dialogue et risque aussi d'apporter de soins de mauvaise qualité. Pour écarter la distance sociale dans le dialogue et favoriser la participation du patient qui est un élément important dans la gestion du diabète, une formation obligatoire des cliniciens et une attention particulière aux bonnes pratiques sont nécessaires. Le fait de se former permettra aux cliniciens d'écarter l'idée que le travail de l'interprète est intuitif, leur permettra de se sensibiliser au rôle et aux attentes de l'interprète et de fournir également des stratégies pour éviter et traiter des obstacles dans le dialogue.</p>
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche qualitative

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Bischoff, A., Dao Dominicé, M., Hulderson, P & Perron Junod, N. (2013). Interpreter-mediated diabetes consultations : a qualitative analysis of physician communication practices. BMC Family practice 14 (163)				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Le titre explique que c'est une étude des techniques de communication des médecins dans les consultations de diabète avec un interprète.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			Il est expliqué dans le résumé le problème, le but de la recherche, la méthode utilisée, les résultats obtenus ainsi qu'une conclusion.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	x			L'article nous dit qu'en suisse, plus de 250'000 personnes souffriraient du diabète. L'OMS estime que ce chiffre va augmenter à 300'000 personnes en 2025. Il est aussi expliqué que la non adhérence au traitement est un facteur important qui contribue au mauvais contrôle et résultats du diabète.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	x			La recension des écrits fait référence à plusieurs études.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?			x	Il y a dans cette étude des concepts qui se rapportent à diverses théories.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	x			But : Evaluer les pratiques des médecins au moyen de recommandations actuelles.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	x			Etude qualitative exploratoire
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	x			Les auteurs cherchent à explorer les techniques de communication des médecins dans les consultations avec les interprètes.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			Médecins de langue germanophone, patients turcs et diabétiques, interprètes (langue turque et allemande), membres de famille comme interprètes.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			8 cliniciens dont 5 médecins, 1 infirmière, 1 diététicienne, 1

					éducatrice en diabétologie, 2 interprètes professionnels et 7 patients.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	x			Des consultations planifiées à la polyclinique concernant un patient turc diabétique et nécessitant un interprète ont été relevées durant le mois d'août et septembre 2005.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	x			2 consultations étaient menées avec un membre de la famille comme interprète, 2 étaient en présence d'un membre de la famille et d'un interprète et 4 autres se sont déroulées uniquement avec un interprète professionnel.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			Cette étude est approuvée par le comité d'Ethique de l'hôpital de Bâle. Les participants ont signifié leur consentement éclairé. Les auteurs confirment qu'il n'y a pas de conflit d'intérêt
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Chaque chercheur a lu chaque transcription et cela de manière indépendante. Les chercheurs ont eu ensuite une comparaison et une discussion des impressions concernant les transcriptions.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	x			Les chercheurs ont élaboré une liste de codes qui ont été par la suite appliqués à toutes les transcriptions.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	x			Ce résumé contient des verbatim.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	x			Tous les thèmes des résultats sont logiques et représentent le phénomène.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?	x			Les données analysées et codées furent vérifiées par d'autres membres de l'équipe.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	x			Les résultats de cette étude rejoignent ceux des autres chercheurs comme ceux de Seale et de ses collègues, ceux de Kokanovic et Manderson, ceux de Rivadineyra et ses collègues.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des	x			Etre attentif dans notre pratique aux obstacles dans le dialogue.

	conclusions ?				
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?				Une formation obligatoire des cliniciens et une attention particulière aux bonnes pratiques. Le fait de se former permettra aux cliniciens d'écarter l'idée que le travail de l'interprète est intuitif, leur permettra de se sensibiliser au rôle et aux attentes de l'interprète et d'apporter également des stratégies pour éviter et traiter des obstacles dans le dialogue.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			Toutes les parties d'un article scientifique s'y trouvent. Les résultats sont clairs et bien structurés. La méthodologie est précise et le résumé nous semble être de qualité.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

ANNEXE 7

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Fernandez, A., Schillinger, D., Warton, E. M., Adler, N., Moffet, H. H., Schenker, Y., Karter, A. J. (2011). Language Barriers, Physician-Patient Language Concordance, and Glycemic Control Among Insured Latinos with Diabetes: The Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). <i>Journal of General Internal Medicine</i> , 26(2), 170-176. https://doi.org/10.1007/s11606-010-1507-6
Introduction Problème de recherche	Aux Etats Unis, la population blanche reste moins touchée par les complications de diabète tandis que les latinos souffrent d'une manière excessive de diabète et présentent un mauvais contrôle glycémique. " D'après les dernières études, les latinos et les blancs ont une inégalité dans le contrôle glycémique et ce phénomène pourrait s'amplifier".
Recension des écrits	Un mauvais contrôle glycémique chez les latinos est lié à divers facteurs sociaux tels que les difficultés financières pour se procurer des médicaments, le manque d'assurance- maladie ainsi que les barrières linguistiques. En 2004, le nombre des latinos limités en anglais s'élevait à 39%. Bien qu'une recherche basée sur différentes populations met en corrélation la communication avec le patient et le médecin, la satisfaction du patient et les comportements de promotion de santé, il n'est pas clair que les barrières linguistiques amènent à des soins de santé moins efficaces ou favorisent les inégalités signalées dans les soins. Il n'existe pas de lien entre les barrières linguistiques et le contrôle glycémique, ceci est reporté par quelques études se basant sur la maîtrise de la langue et le contrôle glycémique malgré que les résultats de ces études soient restreints par un petit échantillonnage ou un défaut de détails dans les données cliniques et démographiques ou la concordance linguistique élevée du médecin et du patient. La concordance linguistique du médecin est-elle associée à un bon contrôle glycémique chez les latinos limités en anglais ou existe-t-il un lien entre la limitation de langue et un mauvais contrôle glycémique ? Ces questions sont soulevées dans une cohorte bien définie des patients souffrant de diabète.
Cadre théorique ou conceptuel	Communication interculturelle
Hypothèses/question de recherche/buts	Evaluer l'association entre des compétences limitées en anglais et le contrôle glycémique et si cette association est modifiée par la concordance linguistique du médecin.
Méthodes Devis de recherche	C'est une étude transversale observationnelle.
Population, échantillon et contexte	Population : Les latinos souffrant de diabète. Echantillon : Patients latinos limités en anglais : n=510 Patients latinos s'exprimant en anglais : n=2,683 Patients blancs : n=3,545 Contexte : 48 établissements de soins Kaiser Permanente Northern California (KPNC) au Nord de Californie aux Etats Unis.

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Un échantillon aléatoire stratifié dans le registre de diabète des membres de la Kaiser Permanente.</p> <p>Critères d'exclusion</p> <p>Personnes n'ayant pas répondu à la question concernant le niveau d'anglais ainsi que les blancs ayant des lacunes en anglais.</p> <p>Personnes qui avaient un écart de plus de 30 jours de non-inscription au plan de santé (suivi thérapeutique) au cours de l'année précédant l'enquête.</p> <p>Les personnes n'avaient pas au moins une mesure de l'hémoglobine glycosylée HbA1c (A1c) dans l'année précédant l'enquête.</p> <p>Personnes atteintes de diabète de type 1.</p> <p>Personnes n'ayant pas de médecin de référence ou de suivi dans un établissement de soins.</p> <p>Un outil d'évaluation des risques validé a été utilisé pour quantifier le fardeau de la maladie d'un patient, le DXCG, grâce aux données de KPNC de 2005 pour créer un score de comorbidité.</p> <p>La dernière valeur de l'HbA1c de l'année précédant le questionnaire a été retenue. Un HbA1c inférieur à 9% souligne un mauvais contrôle glycémique (selon les lignes directrices nationales).</p>
Déroulement de l'étude	<p>L'étude du diabète de Californie du Nord, nommée "Distance" se déroule en 2005-2006 dans des établissements de KPNC. Une palette de facteurs sociaux, facteurs comportementaux et facteurs liés aux soins qui peuvent influencer les outcomes du diabète est évalué dans cette étude. Le questionnaire est établi en cinq langues dont l'anglais et l'espagnol. Les participants peuvent le remplir soit par téléphone, soit sur le Web ou par Mail. Un taux de réponse de 62% fut obtenu.</p> <p>Ce questionnaire a été envoyé à 20'000 personnes, il y a eu 8'397 répondant dont la principale origine ethnique était latino (3'877) ou blanc (4' 520).</p> <p>Le questionnaire contenait plusieurs items :</p> <p>Niveau d'anglais personnel et la concordance linguistique du médecin</p> <p>Données démographiques et la date de diagnostic.</p>
Considérations éthiques	Cette étude a été autorisée par les commissions d'examen de l'Institut de recherche de la Fondation Kaiser et de l'Université de Californie.
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Groupe avec un niveau d'anglais limité : LEP (Limited English Proficiency)</p> <p>Médecin ne parlant pas la langue du patient : groupe Discordant</p> <p>Médecin parlant la langue du patient : Concordant</p> <p>Les caractéristiques des patients blancs, latinos qui parlent Anglais et latinos avec un niveau limité en anglais (LEP) ont été comparées au moyen de tests chi-carrés pour les variables de catégorie et les tests t de Student pour les variétés continues. Parmi les patients latino-américains , une comparaison a été effectuée pour les groupes LEP-discordant et au groupe LEP-concordant. Les probabilités d'un faible contrôle glycémique (HbA1c> 9%) ont été comparées entre le blanc, les latinos parlant anglais et les patients latino LEP en utilisant des modèles d'équations d'estimation généralisées (GEE) pour tenir compte du regroupement des patients par les médecins et les établissements de santé. La spécification des modèles comprenait une valeur d'interaction pour la concordance du langage patient-professionnel d × statut LEP pour évaluer si la relation LEP-HbA1c est différée par la concordance de la langue du groupe patient-professionnel. En considérant que cette interaction est significative (p <0,01 pour le terme d'interaction), "les groupes de covariables suivants ont été ajoutés séquentiellement aux modèles ajustés: variables démographiques (âge, sexe); SES (revenu, éducation); Caractéristiques cliniques (durée du diabète et indice de comorbidité) et les bénéfices du traitement."</p>
Présentation des résultats	<p>« Le pourcentage non ajusté de patients souffrant d'un faible taux de glycémie était similaire chez les patients Latinos avec LEP (n = 510) et les Latino-anglophones (n = 2,683) est plus élevé dans les deux groupes que chez les Blancs (n = 3,545) (21% vs 18% vs 10%, p <0,005). Cette relation diffère significativement selon la concordance de la langue entre le patient et le professionnel de santé (p <0,01 pour l'interaction). Les patients soignés avec des médecins n'ayant pas une concordance de la langue (n = 115) étaient plus susceptibles que les patients LEP avec des médecins dont la langue concordait (n = 137) d'avoir un faible contrôle glycémique (27,8% vs 16,1% p = 0,02). Après avoir contrôlé les facteurs de</p>

	<p>confusion démographiques et cliniques potentiels, les latinos LEP avec des médecins dont la langue concordait avait des probabilités différentes de contrôle glycémique médiocre chez les locuteurs latino-espagnols (OR 0,89; IC 0,53-1,49), tandis que les Latinos LEP avec des médecins ayant une discordance de langue avaient plus de chances de mauvais contrôle que les anglophones latinos (OR 1,76; CI 1,04-2,97). Chez les Latinos LEP avec un médecin ayant une discordance de langue a été associé à un contrôle glycémique significativement plus faible (OR 1,98; CI1,03-3,80) ».</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Dans une étude sur les patients atteints de diabète soignés dans un établissement de soins gérés avec des services d'interprète, il a été relevé que les patients latinos LEP comparativement aux Latinos parlant anglais étaient plus disposés à avoir un faible contrôle glycémique (HbA1c > 9,0%). Mais, la langue du patient a influencé de manière importante l'association entre le LEP et le contrôle glycémique. « Les patients LEP avec des médecins ayant une concordance de langue étaient plus susceptibles d'avoir un faible taux de glycémie que les patients latinos parlant anglais ; En revanche, les patients LEP avec des médecins ayant une discordance de langue étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir un faible contrôle glycémique. »</p> <p>« La différence absolue de 11 % dans la proportion de patients atteints d'un faible contrôle glycémique chez les patients LEP discordants et les patients LEP-concordant paraît significative et préoccupante. La différence absolue de 6% même si elle est plus faible dans le mauvais contrôle glycémique chez les Latinos et les Blancs anglophones, n'est pas nouvelle mais inquiète également et souligne la nécessité d'améliorer le contrôle glycémique chez les Latinos, quel que soit le niveau d'anglais. Les obstacles linguistiques dans les soins de santé peuvent entraîner une diminution de l'accès aux services de santé même auprès des patients assurés, une augmentation des difficultés de compréhension du traitement médicamenteux et une diminution de la satisfaction des patients dans les soins. Ces résultats seraient améliorés grâce à un accès favorable aux interprètes. Même s'il y a une disponibilité des interprètes, plusieurs données émergentes évoquent la sous-utilisation de ceux-ci. Les médecins choisissent d'utiliser leurs propres compétences linguistiques limitées ou les membres de famille comme interprètes. »</p> <p>Des meilleurs résultats dans les soins ont été relevés grâce à la concordance linguistique patient-professionnel de santé dans de nombreuses études. « Bien que le mécanisme de l'association observée entre la concordance linguistique et l'amélioration du contrôle glycémique reste à préciser, il faut supposer que les médecins avec une concordance linguistique, par rapport aux médecins dépendants des interprètes, pourraient être en mesure de soulever les préoccupations des patients, expliquer l'autogestion du diabète, persuader les patients à utiliser l'insuline, reconnaître et traiter la dépression fréquente chez les patients atteints de diabète. »</p> <p>Des difficultés à agir sur les symptômes, à expliquer les traitements et à soulever les préférences de traitement ont été soulignées par les médecins faisant appel à des interprètes.</p> <p>Quand il y avait une concordance linguistique du médecin, les aptitudes de communication et la confiance accordée au médecin par les patients étaient plus élevées, selon une récente étude « Distance » utilisant des données de patients asiatiques et latinos LEP.</p> <p>« Nos résultats devraient être contrastés avec une étude récente et importante sur les patients atteints de diabète pris en charge dans les établissements de soins gérés qui n'ont signalé aucune différence dans le contrôle de la glycémie par la langue préférée des patients latinos. Dans cette étude, la majorité des patients hispanophones étaient pris en charge par les médecins hispanophones. Notre constat de non-différences dans le contrôle de la glycémie chez les patients latinos LEP-concordant versus latinos-anglophones est compatible avec le manque de différence de l'étude précédente compte tenu de leur forte prévalence chez les médecins concordants. Notre utilisation du mauvais contrôle de la glycémie est la principale mesure de résultat qui diffère des autres études. Un mauvais contrôle de la glycémie peut être un résultat plus cliniquement pertinent et plus sensible que le contrôle glycémique moyen. »</p>
<p>Forces et limites</p>	<p>Limites:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les résultats de cette étude ne peuvent pas être généralisés à une population pauvre ou aisée car, il n'y a pas eu d'impact sur les participants par rapport au revenu et à l'éducation. Même si les latinos n'ont pas forcément des contraintes d'accès aux médicaments et aux soins de santé concernant le contrôle glycémique à KPNC, il faut porter une attention particulière aux différences entre les blancs et les latinos.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Bien que les participants de l'enquête puissent être différents des non-répondants, peu de différences ont été trouvées en ce qui concerne les données cliniques et les données socioéconomiques, qui étaient disponibles pour tous les membres de la cohorte¹⁶. 3. L'association entre la limitation en anglais et le mauvais contrôle glycémique peut présenter des écarts parmi les Latinos d'autres nationalités. Et pourtant, plusieurs participants de cette étude étaient d'origine mexicaine. 4. Il est difficile de différencier les barrières linguistiques des barrières culturelles dans les soins. 5. Malgré une absence de mesure indépendante de la maîtrise de la langue du médecin ou de l'utilisation des services de l'interprète, un rapport de la maîtrise de la langue fut employé pour établir la concordance. 6. Des divergences peuvent apparaître entre des patients limités en anglais avec des médecins exprimant la même langue et des patients limités en anglais avec des médecins n'exprimant pas la même langue. Ceci n'a pas été relevé dans nos données et ces divergences non mesurées peuvent influencer les différences soulevées dans le contrôle de glycémie. 7. Une seule mesure de contrôle de la glycémie a été utilisée. Une seule valeur glycémique peut prévoir des événements microvasculaires ainsi que l'exposition à un mauvais contrôle peut donner un effet héréditaire durable sur les événements microvasculaires et macrovasculaires des années après que le contrôle glycémique soit le même entre les groupes, selon des études. <p>Malgré la disponibilité des interprètes dans le cadre de KPNC, il n'y a pas de mesure sur leur utilisation concrète.</p> <p>Forces :</p> <p>Les patients latinos dans cette étude avaient un accès homogène aux soins de santé prépayés. L'association de la langue du patient, la concordance linguistique du médecin et le contrôle de la glycémie n'ont pas été faussé par une différence de couverture maladie.</p> <p>KPNC propose à ses patients des services d'interprétariat de haute qualité.</p> <p>Dans le plan de santé, un taux inférieur de problèmes signalés par le patient, liés à l'accès et la qualité des soins pour les patients ayant des compétences limitées en anglais est reconnu à KPNC.</p>
Conséquences et recommandations	<p>« Tout d'abord, il confirme que sans les professionnels de santé ayant une concordance linguistique avec les patients LEP devrait être considéré comme un facteur de risque pour des soins de santé moins efficaces, même dans un contexte d'accès à des interprètes qualifiés. À l'heure actuelle, la plupart des efforts d'amélioration de la qualité ne placent pas le langage au même niveau que la race, l'appartenance ethnique ou les données socioéconomiques. Cette étude et d'autres suggèrent que le statut LEP devrait être inclus dans un rapport de qualité, car une hétérogénéité importante dans les populations latino-américaines est limitée lorsque seule l'appartenance ethnique est examinée. Deuxièmement, notre étude suggère que les soins compatibles avec le langage peuvent rendre plus facile de naviguer dans la myriade de problèmes qui influent sur les disparités ethniques dans le contrôle glycémique en général et le contrôle glycémique chez les patients latinos avec LEP plus spécifiquement, y compris les attitudes culturelles envers le diabète, médicaments pour le diabète, de prévention et alimentation, ainsi que l'acculturation, la littératie limitée et les taux de dépression élevés. Bien que cette étude d'observation ne puisse pas fournir de preuves de causalité, les programmes de santé devraient envisager de proposer systématiquement le choix des médecins de soins primaires ayant une concordance linguistique aux patients atteints de diabète LEP. »</p> <p>Les compétences linguistiques des professionnels de santé deviennent prioritaires du fait qu'un grand nombre de patients à un niveau d'anglais limité dans tout le pays. »</p>
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Fernandez, A., Schillinger, D., Warton, E. M., Adler, N., Moffet, H. H., Schenker, Y., ... Karter, A. J. (2011). Language Barriers, Physician-Patient Language Concordance, and Glycemic Control Among Insured Latinos with Diabetes: The Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). <i>Journal of General Internal Medicine</i> , 26(2), 170-176. https://doi.org/10.1007/s11606-010-1507-6				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	x			Aux Etats Unis, la population blanche reste moins touchée par les complications de diabète tandis que les latinos souffrent d'une manière excessive de diabète et présentent un mauvais contrôle glycémique.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			Toutes les parties sont indiquées.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	x			Aux Etats Unis, la population blanche reste moins touchée par les complications de diabète tandis que les latinos souffrent d'une manière excessive de diabète et présentent un mauvais contrôle glycémique. " D'après les dernières études, les latinos et les blancs ont une inégalité dans le contrôle glycémique et ce phénomène pourrait s'amplifier".
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	x			Des articles de 1997 à 2010 ont été utilisés
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			x	
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	x			Evaluer l'association entre des compétences limitatées en anglais et le contrôle glycémique et si cette association est modifiée par la concordance linguistique du médecin.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	x			Etude transversale observationnelle
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			Les latinos et les Blancs aux Etats Unis.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			

	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	x			Patients latinos limités en anglais : n=510 Patients latinos s'exprimant en anglais : n=2,683 Patients blancs : n=3,545
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	x			DXCG Chi-squared tests
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	x			<i>Voir dans la rubrique traitement et analyse de données</i>
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	x			Dans la rubrique de méthodologie.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	x			Cette étude a été autorisée par les commissions d'examen de l'Institut de recherche de la Fondation Kaiser et de l'Université de Californie.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	x			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			<i>Tableaux 1 et 2 de l'article.</i>
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	x			
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	x			« Plusieurs études ont démontré que la concordance linguistique permet des meilleurs résultats des soins »
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Les limites sont citées dans la discussion
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		x		
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	x			A l'heure actuelle, la plupart des efforts d'amélioration de la qualité ne placent pas le langage au même niveau que la race, l'appartenance ethnique ou les données socioéconomiques.

	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche future ?	x			Bien que cette étude d'observation ne puisse pas fournir de preuves de causalité, les programmes de santé devraient envisager de proposer systématiquement le choix des médecins de soins primaires ayant une concordance linguistique aux patients atteints de diabète LEP. »
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			Toutes les étapes de recherche sont clairement présentées.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

ANNEXE 8

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche qualitative

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Hadziabdic, E., Lundin, C., & Hjelm, K. (2015). Boundaries and conditions of interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare. <i>BMC Health Services Research</i> , 15(1). https://doi.org/10.1186/s12913-015-1124-5
Introduction Problème de recherche	Il y a de plus en plus de migrants âgés allophones. Les barrières linguistiques posent plusieurs difficultés, notamment il a été relevé que les migrants âgés ont souvent des soins de moindre qualité comparativement aux patients autochtones. De plus, certains soins de santé ne sont pas à chaque fois évalués en raison d'une communication déficiente.
Recension des écrits	<p>Les sociétés multiculturelles et multilingues auront tendance à croître ces prochaines années et cela est dû à la migration mondiale. Le pourcentage de migrants dans la population suédoise est de 15 %. De plus, les personnes de plus de 65 ans sont d'environ 217'000. Un obstacle croissant à l'accès aux soins de santé est induit par une mauvaise compréhension entre les patients et les soignants. Cette mauvaise compréhension est causée par une communication inadaptée. De plus, il a été relevé que comparativement aux autochtones, les migrants reçoivent des soins de moindre qualité.</p> <p>Les soins de santé communautaires ne sont pas souvent évalués suite aux barrières linguistiques.</p> <p>L'utilisation des services d'interprétariat permet d'améliorer une communication inadaptée et ceci dans le but que chaque individu puisse bénéficier des soins de qualité sans tenir compte du déterminisme socio-culturel. La manière dont un interprète doit interpréter objectivement et définir les termes médicaux et autres concepts auprès du patient quand cela est nécessaire a été décrite dans une étude axée sur les pratiques d'interprétariat en Gériatrie.</p> <p>L'expérience de l'utilisation d'interprète est liée au patient, à l'interprète lui-même et à l'infirmier et la nécessité d'un interprète était liée au type d'examen selon les infirmières.</p> <p>Selon les professionnels de santé, l'utilisation d'un interprète dépend de deux aspects principaux : l'interprète en tant que personne et le cadre institutionnel.</p> <p>Le rôle de l'interprète est de traduire mot à mot d'après les lignes directrices pour les interprètes en Suède.</p> <p>Cependant une autre recherche remet en question la traduction « mot à mot ».</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>La communication transculturelle dans un cadre institutionnel</p> <p>L'approche transculturelle</p> <p>Les compétences culturelles organisationnelles.</p>
Question de recherche/buts	<p>But/objectif :</p> <p>Cette recherche évalue les interrogations à propos de la communication et les soins de santé en s'appuyant sur l'interprétariat entre les soignants et les patients de différents milieux culturels et linguistiques. Le but principal est l'exploration des pratiques d'interprétariat dans les soins de santé de personnes âgées multilingues.</p> <p>Questions :</p> <p>Comment et quand l'interprétariat devient-elle un problème dans les soins de santé multilingues âgés ?</p> <p>Comment l'interprétariat est-il conceptualisé, par exemple, ce qui est censé être interprété ?</p> <p>Quelles sont les implications de différentes pratiques d'interprétariat (par téléphone, en personne, l'utilisation de la famille ou du personnel de santé bilingue) ?</p> <p>Quels sont les défis concernant l'interprétariat pour améliorer l'égalité des soins de santé et la participation des patients ?</p>

Méthodes Devis de recherche	C'est une étude de cas soit une étude descriptive exploratoire
Population, échantillon et contexte	Population-échantillon, critères inclusion/exclusion : Municipalité 1 a servi 15 657 personnes âgées (au-dessus de 65 ans), dont 1361 sont nés à l'étranger- Municipalité 2 a servi environ 24 607 personnes âgées (au-dessus de 65 ans), dont 5904 nés à l'étranger. Il y avait 33 personnes (31 femmes et deux hommes) qui avaient une expérience de 3 à 40 ans du travail dans les soins de santé des personnes âgées multilingues. Contexte: Deux municipalités de deux régions avec une population importante des migrants.
Méthode de collecte des données	Dix-huit Entretiens individuels et 4 groupes de discussion. "Les entretiens et les groupes de discussion sont effectués à l'aide d'un guide d'entrevue élaboré sur la base de la littérature précédente et sont axés sur les expériences de routine, les lignes directrices et les idées préconçues existantes. Toutes les entrevues ont eu lieu dans des endroits isolés choisis par les participants. La taille des groupes de discussion était de trois à quatre participants. Les groupes étaient assez homogène en termes de profession et de genre, afin de promouvoir une dynamique de groupe confortable. Les auteurs ont fait les entretiens individuels."
Déroulement de l'étude	"La récolte des données a été réalisée entre octobre 2013 et mars 2014. Selon le souhait des participants, les 18 entretiens individuels et quatre groupes de discussion ont été faits sur leur lieu de travail. Les groupes ont été animés et la discussion a duré soixante à quatre vingt dix minutes. Les entretiens individuels ont duré trente à soixante minutes. Un secrétaire professionnel a transcrit puis analysé les interviews préalablement enregistrées."
Considérations éthiques	"Cette étude respecte le droit et les considérations éthiques selon la Déclaration d'Helsinki. Au début des entretiens, les participants ont signé le consentement éclairé. Les bandes et les transcriptions sont restées anonymes et codées par numéro pour assurer la confidentialité des données des participants. Les participants étaient libres de quitter l'étude à tout moment."
Résultats Traitement/ Analyse des données	Les résultats ont été analysés et synthétisés puis classés en cinq catégories : "1 : Organisation de la pratique de l'interprète dans les soins des personnes âgées multilingues conformément à la loi sur les marchés publics. 2 : Organisation des pratiques d'interprétariat au quotidien 3 : Rôle de l'interprète professionnel dans la communication dans les soins de personnes âgées multilingues. 4 : Pratiques de santé et de communication pour les personnes âgées allophones en Suède. 5 : Souhaits pour le développement futur des pratiques d'interprétariat dans les soins de santé multilingues pour les personnes âgées."
Présentation des résultats	Malgré des politiques mises en place par les lieux de travail pour fournir des interprètes professionnels et informels, il y a un manque de lignes directrices sur l'utilisation des interprètes dans les soins des personnes âgées multilingues. Ceci conduit à une utilisation limitée des interprètes professionnels. Une planification à long terme pour l'utilisation des interprètes professionnels tandis que le personnel de santé bilingue est disponible plus rapidement. "Les interprètes professionnels ont été employés lors d'entretiens programmés tels que des rendez-vous chez le médecin pour décider de la planification des soins. Par contre, pour les situations de santé quotidienne et d'urgence, les membres de la famille et le personnel de santé bilingue étaient utilisés. Puisque les services d'interprétariat étaient limités aux heures de bureau, cela entraînait une planification à l'avance par le personnel de santé. C'est pourquoi les auteurs ont parlé d'un manque de flexibilité du service d'interprétariat. Plusieurs problèmes ont été soulignés liés à l'utilisation effective des interprètes professionnels dans le travail quotidien. Ainsi, l'organisation des interprètes professionnels n'était pas adaptée à une disponibilité à court terme, mais nécessitait une planification plus longue."

Certaines personnes âgées peuvent se sentir embarrassées avec un interprète professionnel qui ne partage pas le même pays d'origine et le dialecte. Parfois, certains patients se concentraient plus sur le contact avec l'interprète professionnel qu'avec le soignant, qui se sentait exclu. Il est essentiel de pouvoir communiquer avec une personne familière pour les personnes âgées souffrant de démence et / ou d'aphasie. Cela peut être plus difficile avec des personnes inconnues comme les interprètes professionnels.

Les participants ont perçu plusieurs difficultés lors de l'utilisation de l'interprétariat téléphonique dans les soins de santé multilingues. Cela nécessite une certaine capacité fonctionnelle chez les personnes âgées. Ils sont souvent incapables de suivre le langage non-verbal et d'utiliser un équipement technique. Les problèmes techniques seraient également liés au manque d'équipements de qualité sur le lieu de travail assurant une bonne qualité sonore au téléphone."

Les milieux de travail employaient habituellement des personnels de santé bilingues qui maîtrisaient les principales langues représentées dans leur district. Le personnel bilingue a été utilisé pour interpréter des situations de soins quotidiens et des urgences. Sur les lieux de travail, le personnel de santé bilingue offrait leurs compétences en cas de besoin pour l'interprétariat, avec l'avantage d'être non payé, ce qui a permis une certaine économie pour les municipalités.

L'interprétariat ne faisait pas partie de leur cahier des charges et ils se sentaient exploités en tant qu'interprètes par les employeurs. Certaines situations de santé étaient dures à interpréter et le personnel pouvait être blâmées pour avoir tenu les idées exprimées par d'autres professions. Plusieurs répondants ont estimé que les membres de la famille en tant qu'interprètes étaient le deuxième meilleur choix, car ils s'inscrivaient dans les routines existantes, les moyens de travailler dans les soins de santé multilingues et le rôle des membres de la famille en tant que partie intégrante de la relation de prise en charge et leur implication dans les soins aux personnes âgées. Dans quelques situations, l'utilisation des membres de la famille en tant qu'interprètes a été assimilée à une interprétation de moindre qualité en raison de l'influence émotionnelle négative sur les membres de la famille, en particulier lors de l'interprétation d'informations négatives et / ou sensibles."

"Les professionnels de santé ont souligné qu'il était important que l'interprète professionnel adapte l'utilisation du langage aux besoins des personnes âgées. Certaines personnes âgées ont des maladies telles que la démence et / ou l'aphasie, un faible niveau d'éducation et de l'alphabétisation et la méconnaissance du système de santé suédois, ce qui a conduit à une difficulté à comprendre ce qui a été dit lorsqu'il a été interprété mot à mot."

Les répondants ont déclaré qu'il était important que les interprètes professionnels considèrent leur rôle comme incluant des connaissances dans les maladies les plus fréquentes et demandent aux professionnels de la santé de clarifier la terminologie, la phrase ou l'utilisation de la langue suédoise simple s'ils ne comprenaient pas."

"Trois expériences différentes concernant les soins de santé de personnes âgées multilingues non suédois ont été exprimées : certains participants ont estimé que les soins de santé étaient égaux indépendamment de la langue ; D'autres pensaient que les soins de santé étaient inégaux selon la langue ; Et certains participants ont déclaré que les soins de santé sont meilleurs pour les personnes âgées non suédoises. Les participants ont souligné que les soins de santé aux personnes âgées incluent beaucoup plus que l'interprétariat, dans des occasions spéciales."

"Les soins de santé multilatéraux pour personnes âgées ne sont pas des soins de santé d'urgence ; Il faut une longue planification et différents types d'engagement du personnel de santé. Il s'agit de la conversation, de l'information, des activités et du réseau social dans la vie quotidienne, que les personnes âgées sont appelées à recevoir indépendamment de la langue qu'ils parlent pour pouvoir s'impliquer dans les soins de santé. Le personnel de santé a constaté que les soins aux personnes âgées non suédoises prenaient beaucoup de temps, avec une charge de travail accrue, car il doit utiliser le langage corporel pour communiquer et organiser la venue de différents interprètes pour s'assurer que les personnes âgées ont bien compris. En outre, le personnel de santé s'est senti affectivement affecté et frustré par le stress

	<p>engendré lorsqu'il n'a pas pu communiquer avec ses patients."</p> <p>"Certains répondants ont déclaré que de nombreuses personnes âgées non suédoises ne sont pas aussi impliquées dans les soins que les personnes suédoises en raison de leur manque de compétences linguistiques, de sorte que toutes les informations ne sont pas disponibles ou que l'information disponible est mal comprise. Ils n'ont donc pas les mêmes possibilités d'être actifs dans les activités sociales quotidiennes et peuvent se sentir négligés par le personnel de santé en raison de leur manque de compétences linguistiques. La communication à travers un interprète a été jugée plus difficile car elle a aggravé le problème de l'envoi de messages clairs et le manque de nuances de langage. Ceux-ci incluaient des sentiments d'insécurité quant à savoir si l'on traduit ou non le mot à mot, parce qu'il est impossible de garantir que l'information sera correctement interprétée."</p> <p>"L'amélioration principale proposée était de créer une politique d'utilisation des interprètes, y compris des lignes directrices concernant l'utilisation de différents types d'interprètes et des modes d'interprétariat, accessibles et faciles à comprendre à tous les employeurs sur le lieu de travail. Un accès plus rapide et plus facile au service d'interprète a été proposé, en particulier pour les besoins imprévisibles urgents, et un service d'interprète ouvert aussi après les heures de bureau. Cela pourrait se faire au niveau de l'organisation, rendre la politique accessible et lisible sur le site Web interne du lieu de travail et avoir une personne chargée d'informer continuellement le personnel de santé sur les règles et les procédures concernant l'utilisation de l'interprète."</p> <p>"Il est ressorti que l'utilisation des interprètes dans les soins de santé pourraient être simplifiée en rendant l'information disponible pour les personnes non suédoises et leurs proches pour les soins aux personnes âgées multilingues en Suède afin qu'ils puissent comprendre la structure des soins aux personnes âgées et ce que les personnes âgées peuvent attendre dans ce domaine afin d'éviter d'imposer des tâches supplémentaires au personnel de santé bilingue qui ne fait pas partie de leur travail. Les participants ont exprimé le besoin de simplifier la procédure de travail pour l'utilisation d'interprètes professionnels. Les participants ont fourni des suggestions pour optimiser l'utilisation des interprètes: assurer un bon accès aux interprètes ayant des compétences linguistiques particulières, en particulier pour être pris en compte lors de la planification pour les groupes de migrants âgés qui devraient augmenter dans les futurs soins gériatriques; essayer une approche différente et non seulement interpréter pendant de courtes séquences prévues à l'avance; la mise au point des outils d'interprétariat technique pouvant être utilisés par le personnel de santé dans la rencontre quotidienne; Et en employant plus de personnel de soins de santé ayant des origines culturelles différentes pour accroître la possibilité d'un accès facile aux interprètes à court terme."</p> <p>"Quelques participants souhaitent que les interprètes aident à traduire des informations écrites dans les soins de santé quotidiens âgés, tels que le menu, l'information sur les maladies chroniques, les activités de soins de santé multilingues, mais aussi une meilleure planification concernant le placement de personnes âgées non suédoises. Ils ont aussi suggéré qu'il y ait du personnel de santé bilingue disponible pour communiquer dans la vie quotidienne et pas seulement durant des occasions spéciales."</p> <p>"Les participants ont signalé un besoin d'éducation continue sur la façon d'utiliser et de communiquer par l'intermédiaire d'interprètes professionnels. Ils souhaitaient une formation individuelle dans l'accès pratique de base aux services professionnels obtenus par la municipalité et une prise de conscience accrue des rencontres de soins nécessitant l'utilisation d'un interprète. Il y avait également un désir de formation continue pour comment communiquer par l'intermédiaire d'interprète afin d'assurer une communication adéquate; Et la façon dont les caractéristiques personnelles des interprètes, telles que le sexe, l'origine ethnique et religieuse et le dialecte, peuvent affecter la relation personnelle entre les personnes âgées et l'interprète professionnel, ce qui peut entraver le flux de communication."</p> <p>"Du point de vue du personnel de santé, il souhaitait une meilleure formation des interprètes, tant dans l'attitude professionnelle que dans la technique d'interprétation, en particulier pour interpréter objectivement et littéralement, pour faciliter l'utilisation des interprètes. En outre,</p>
--	---

	certains ont souligné les changements dans la formation des interprètes, tels que moins de connaissances requises pour faciliter l'accès aux programmes de formation aux interprètes, et de meilleures conditions d'emploi pour les interprètes professionnels."
Discussion Interprétation des résultats	<p>"Le résultat principal a montré que, bien qu'il existe une loi établie dans les soins de santé âgés multilingues concernant la disponibilité d'une agence d'interprète (avec laquelle les municipalités ont un accord conformément à la loi suédoise sur la gestion et à la Loi sur les marchés publics) , les lignes directrices manquaient concernant l'utilisation des interprètes, la responsabilité d'organiser un service d'interprète et la procédure de réservation d'un interprète."</p> <p>"Les participants ont décrit deux stratégies pour faire face à de telles situations: les interprètes professionnels ont été utilisés dans des situations concernant les problèmes médicaux et les problèmes de planification des soins. Les interprètes non professionnels tels que le personnel de santé bilingue et les membres de la famille ont été utilisés dans les problèmes de soins quotidiens et pour les besoins imprévisibles à court terme. Ainsi, l'utilisation de l'interprète professionnel n'a pas été adaptée au contexte des soins de santé multilingues, car les soins de santé multilingues sont un domaine complexe impliquant les besoins des personnes âgées, la qualité de vie et la planification du traitement, et pas seulement pour des occasions spéciales et les urgences. Le rôle de l'interprète professionnel, devrait être d'interpréter la langue parlée mot à mot et de traduire l'information écrite. Enfin, certains participants ont trouvé des difficultés à fournir des soins de santé de bonne qualité aux migrants et à communiquer à travers un interprète. Cela entraînait une charge de travail accrue pour le personnel soignant."</p> <p>"La première nouvelle découverte, non décrite précédemment, était que les municipalités suivaient la loi existante qui comprenait le contrat d'accès à une certaine agence d'interprétation, mais qu'il y avait un manque de directives concernant la procédure d'utilisation d'un interprète. Au niveau institutionnel, les lieux de travail suivent la législation suédoise dans la Loi sur la gestion et la Loi sur les services sociaux. Le personnel de santé s'est surtout appuyé sur les collègues bilingues et les membres de la famille en tant qu'interprètes. Ils s'adaptaient mieux aux routines existantes et aux moyens de travailler dans l'institution. Ce résultat a été contrasté avec les résultats antérieurs de différents personnels de santé et des migrants ayant des antécédents culturels et linguistiques différents déclarant qu'ils préféraient utiliser des interprètes professionnels dans les rencontres de soins de santé. Auparavant, de nombreux aspects positifs ont été décrits dans l'utilisation du personnel de santé bilingue pour des situations quotidiennes. En revanche, de nombreuses situations négatives ont été décrites dans l'utilisation du personnel de santé bilingue et des membres de la famille, tels que les barrières de communication en raison de problèmes de non-neutralité et de confidentialité, connaissance limitée de la terminologie médicale et compétences linguistiques inadéquates. Cependant, cette étude a révélé quelque chose qui n'était pas décrit précédemment, que le personnel de santé bilingue a décrit des expériences négatives de lieux de travail car ils se sont sentis exploités par les employeurs. Cela n'était pas réglementé dans le cadre de leur travail."</p> <p>"La deuxième nouvelle découverte, non décrite précédemment, était que les attentes, le comportement et la maladie de la personne âgée, selon le personnel de santé interrogé, ont affecté l'utilisation et le rôle de l'interprète. Cet aspect a été valable pour l'utilisation d'interprètes dans le domaine de la santé des personnes âgées multilingues, avec la composition des besoins, des maladies et des traitements spécifiques des personnes âgées. Les personnes âgées vivent à un âge avancé, de sorte que beaucoup souffrent de maladie et deviennent dépendants d'autrui. Auparavant, le rôle de l'interprète était d'agir comme une machine de traduction fournissant une communication précise et neutre. Le rôle de l'interprète a également été défini et décrit comme complexe et étendu pour fonctionner comme médiateur. Pourtant c'est un pont entre les cultures. Ainsi, l'interprète a tendance se centrer sur le personnel de santé. Cette étude confirme que l'interprétariat dans le domaine de la santé des personnes âgées multilingues est un acte social et structurel et, en tant que tel, est multifacette et dépendante du contexte social, les relations de pouvoir, les croyances culturelles, les valeurs religieuses et traditionnelles, la physiologie de la maladie.</p> <p>Les disparités entre les personnes âgées non suédoises et suédoises étaient souvent liées au fait que les premiers n'avaient pas la même possibilité d'être impliqués dans les soins de santé en raison de la barrière linguistique. Les soins de santé égaux et la participation des patients ont été des problèmes clés dans l'élaboration des politiques de santé et sont essentiels pour la sécurité des patients et la qualité des soins de santé."</p> <p>"Les résultats soulignent la nécessité d'une meilleure organisation, rendant le recours aux interprètes plus simple, accessibles et compréhensibles. Le développement d'une formation spécifique pour les professionnels de la santé et les interprètes professionnels travaillant</p>

	<p>dans le domaine des soins de santé multilatéraux paraît nécessaire. Une interprétation judicieuse requière une connaissance des facteurs qui influent sur la pratique de l'interprétation et une bonne planification avec des choix soigneusement considérés concernant le bon interprète, le mode et les préférences du patient pour l'interprétariat afin de promouvoir la communication. Ceci permettrait d'améliorer la qualité des soins de santé."</p>
Forces et limites	<p>Forces : "Plusieurs professions différentes étaient représentées afin d'étudier les expériences de ceux qui travaillent dans des soins de santé multilingues. Différentes méthodes qualitatives de collecte de données, comme les entretiens individuels et groupes de discussion ont été utilisées. L'utilisation des entrevues individuelles ont permis aux participants de s'exprimer plus librement. Les entrevues dans les groupes de discussion, ont permis une bonne interaction entre chacun des participants et ceci les amener à s'exprimer plus profondément sur leurs expériences. L'échantillonnage en boule de neige a rendu l'enquête rentable et pratique, en utilisant moins d'informateurs et en dépensant moins de temps pour déterminer si les personnes étaient appropriées pour l'étude. Moins de temps a été utilisé pour établir une relation de confiance avec de nouveaux participants."</p> <p>Limites : "Une faiblesse pourrait être la restriction des réseaux des participants. La qualité des recommandations pourrait être affectée par la confiance entre les référents et les chercheurs ainsi que leur envie de participer à l'étude."</p>
Conséquences et recommandations	<p>"Cette étude souligne l'importance des améliorations dans les soins de santé multilingues en fonction des routines organisationnelles, de la sensibilisation culturelle et des connaissances, croyances et coutumes de la santé culturelle individuelle pour le recours aux interprètes professionnels. Les résultats de cette enquête peuvent contribuer à améliorer la connaissance du contexte organisationnel dans lequel se déroulent les pratiques cliniques des personnes âgées et les résultats peuvent être transférés à d'autres contextes avec des caractéristiques similaires, car plusieurs groupes professionnels dans deux municipalités différentes avaient des expériences homogènes."</p>
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
 Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
 Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Hadziabdic, E., Lundin, C., & Hjelm, K. (2015). Boundaries and conditions of interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare. <i>BMC Health Services Research</i> , 15(1). https://doi.org/10.1186/s12913-015-1124-5				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	x			Cette étude décrit les conditions et précise les limites de l'interprétariat dans l'accompagnement des personnes âgées multilingues.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			Le résumé de cette étude nous présente le contexte ainsi que de la méthode, des résultats et la conclusion.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	x			Il y a de plus en plus de migrants âgés ne parlant pas la langue officielle de leurs pays d'accueil, conséquence de l'augmentation de la migration internationale de ces barrières linguistiques, il a été prouvé que les migrants âgés reçoivent des soins de moindre qualité que les personnes natives du pays.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	x			Les chercheurs ont pu constater qu'il y avait un manque d'études concernant les pratiques d'interprétariat dans les soins auprès des personnes âgées multilingues. Dans les études antérieures, il a été constaté des difficultés en lien avec les différences culturelles, dans la question 2, « qu'est-ce qui est censé être interprété »,
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	x			La communication transculturelle dans un cadre institutionnel, l'approche transculturelle et les compétences culturelles organisationnelles.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	x			Les questions de recherches sont très clairement formulées.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	x			C'est une étude exploratoire et descriptive soit une étude de cas
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	x			Les méthodes correspondent à la tradition de recherche puisque ici les chercheurs explorent des situations peu connues et peu documentées. De plus divers moyens de récolte de données sont utilisés.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			Professionnels de santé et personnes âgées multilingues.

	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			33 personnes (31 femmes et 2 hommes) qui avaient une expérience du travail dans les soins de santé des personnes âgées multilingues de 3 à 40 ans Pour la première commune : 1361 pers. Âgées nées à l'étranger pour 15657 pers âgées en tout dans la commune. Pour la deuxième commune : 5904 pers âgées pour 24607 pers âgées en tout.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	x			Dix-huit Entretiens individuels et 4 groupes de discussion.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	x			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			Cette étude respecte le droit et les considérations éthiques selon la Déclaration d'Helsinki
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	x			Chaque catégorie des résultats est bien détaillée.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	x			La crédibilité a été confirmée par le premier et le deuxième auteur qui effectuent et analysent les données. La validité a été assurée en incluant des catégories accompagnées de citations littérales et en nommant les catégories le plus près possible du texte.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	x			Dans les catégories, on retrouve des extraits rapportés ceci afin d'augmenter et de crédibiliser les résultats.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	x			Cela correspond aux questions de recherche.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?			x	
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	x			Les auteurs discutent leurs résultats en regards d'autres études préalablement réalisées.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	oui			les résultats peuvent être transférés à d'autres contextes avec des caractéristiques similaires.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	x			Cette étude souligne l'importance des améliorations dans les soins de santé multilingues. Les résultats de cette enquête peuvent contribuer à améliorer la connaissance du contexte organisationnel dans lequel se déroulent les pratiques cliniques des personnes âgées
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			Toutes les parties sont présentes.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

ANNEXE 9

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Seale, C., Rivas, C., & Kelly, M. (2013). The challenge of communication in interpreted consultations in diabetes care: a mixed methods study. <i>British Journal of General Practice</i> , 63(607), 125-133. https://doi.org/10.3399/bjgp13X663082
Introduction Problème de recherche	"Le risque est cinq fois plus élevé d'être atteint de diabète de type 2 pour les personnes issues de minorité ethniques que les autres personnes. Dans les minorités ethniques, il est démontré qu'il y a une conscience moindre du diabète et de ses complications. Les différences socioéconomiques et éducatives associées à l'ethnicité peuvent expliquer certaines des différences dans les expériences de soins du diabète de type 2, mais il est clair qu'une grande partie de cette difficulté provient de problèmes de communication où différentes langues sont impliquées."
Recension des écrits	<p>"Environ 3,1 millions de personnes au Royaume Uni seraient atteints de diabète en 2012 et 4 % du budget du service national de santé a été dépensé.</p> <p>Il y a cinq fois plus de risques d'avoir un diabète de type 2 pour les personnes issues de minorité ethniques que pour les autres personnes. Dans l'est de Londres, la prévalence du diabète de type 2 était de 3,5% pour les individus blancs, 11 % pour les asiatiques du sud et 8 % pour les personnes noires.</p> <p>Une fluctuation géographique des contrôles annuels du diabète a été démontrée par les audits nationaux des soins pour 9 tests cruciaux : contrôle du poids, pression sanguine, statut de fumeur, hémoglobine glyquée (HbA1C), albumine urinaire, créatinine, cholestérol et les complications secondaires des yeux et des pieds. C'est aussi très variable selon les communautés ethniques. Parmi les personnes atteintes de diabète de type 2, les patients blancs étaient plus enclins à avoir terminé tous ces processus de soin que d'autres communautés ethniques.</p> <p>La priorité des soignants est de favoriser l'autogestion du diabète ainsi une partie essentielle des contrôles du diabète est d'informer et de motiver les patients dans cette tâche.</p> <p>Même si l'avis des responsables communautaires divergent, des éléments évoquent une moindre conscience du diabète et de ses complications dans les groupes ethniques minoritaires.</p> <p>Dans une étude, les individus d'origine pakistanaise et d'Asie du Sud, résidant à Édimbourg, accusaient plutôt leur environnement extérieur qu'eux-mêmes pour leur diabète.</p> <p>Les patients blancs atteints de diabète de type 2, ayant un meilleur contrôle glycémique ont des maladies rénales chroniques moins sévères que les patients noirs et d'Asie du Sud.</p> <p>Les différences socioéconomiques et éducatives liées à l'ethnicité peuvent justifier certaines des différences dans les expériences de soins, mais il est évident que la plupart des difficultés provient de problèmes de communication où plusieurs langues sont impliquées. Les participants de l'étude de l'Est de Londres citent spécifiquement les difficultés lors de consultations avec un interprète. Il est également prouvé que lorsque les patients et les soignants ne parlent pas la même langue, il est plus compliqué de présenter ces patients comme moralement responsables et compétents.</p> <p>A Londres, plus de 300 langues sont parlées et environ 300 000 personnes au Royaume-Uni ne parlent pas un anglais fonctionnel pour communiquer avec un prestataire de santé, il n'est pas étonnant que les prestations de services d'interprète professionnel dans le service de santé national (NHS) soit à la fois courante et coûteuse. Bien que certains travaux de ce type aient été effectués lors de consultations avec des patients britanniques pour lesquels l'anglais est une seconde langue, il n'y a pas encore d'études significatives impliquant l'observation directe de consultations avec un interprète au Royaume Uni. Cela contraste avec les recherches menées aux Etats Unis et ailleurs dans lesquelles plusieurs éléments ont démontré des difficultés communes lors de communication avec un interprète. Certaines de ces recherches comparent les</p>

	<p>consultations impliquant la même langue et les consultations avec un interprète. il est relevé que les consultations avec un interprète implique moins de discours affectif, moins de discussion sur les conditions de vie des patient et moins d'investigations des soignants sur le savoir et les croyances liées à la santé des patients. Les patients dans les consultations interprétées sont souvent moins actifs et posent moins de questions. De plus les interprètes répondent souvent aux questions des patients sans les traduire ou ne traduisent pas les réponses.</p> <p>Surtout quand il s'agit d'interprète informel, des confusions, des erreurs et des omissions ont été documentées dans la traduction.</p> <p>Les prestataires de santé s'adressent de préférence aux interprètes que directement aux patients. Les interprètes s'alignent sur les objectifs du prestataire de santé plutôt que ceux du patient et endossent le rôle de co-diagnosticien.</p> <p>Il a été recommandé d'offrir un temps supplémentaire pour les consultations interprétées, partager les discussions afin qu'elles soient livrées en petits morceaux, et la vérification fréquente de la compréhension."</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Compétences transculturelles
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de l'étude est de comparer les consultations faisant appel à un interprète et les consultations dans lesquelles est utilisée la même langue parlée couramment.
Méthodes Devis de recherche	Etude comparative descriptive corrélationnelle
Population, échantillon et contexte	<p>Patients atteints de diabète qui ne parlent pas couramment anglais dans les soins de santé primaire à Londres de 2010 à 2011.</p> <p>49 participants</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>57 vidéo et enregistrements audio de consultations de patients atteints de diabète qui ne parlent pas couramment anglais dans les soins de santé primaire à Londres de 2010 à 2011.</p> <p>36 consultations se déroulant dans l'arrondissement londonien de Tower Hamlets, à l'exclusion des consultations où le patient ne maîtrisait pas l'anglais mais ne nécessitait pas d'interprète.</p> <p>148 patients adultes atteints de diabète venant effectuer un contrôle de routine avec des infirmières ou des assistants de santé et des interprètes dans quatre cabinets ont été invités à participer.</p> <p>41 des 148 patients ne se sont pas présentés à leur rendez-vous, 49 des 107 patients ont accepté de participer.</p> <p>Les enregistrements en anglais ont été traduits par un professionnel. Lorsqu'il y avait une autre langue que l'anglais, un traducteur et un membre de l'équipe regardaient et écoutaient les enregistrements audios et vidéo. Le traducteur a verbalisé en anglais, les passages non-anglais qui ont dû être réécoutés plusieurs fois. Cette traduction a été enregistrée puis transcrite et ajoutée en italique aux transcriptions anglaises. Un schéma de codage pour l'analyse du contenu a été développé par les 3 chercheurs et appliqué aux transcriptions par deux des chercheurs en utilisant le logiciel NVivo9.</p> <p>Le codage a été effectué de manière indépendante des groupes de quatre transcriptions, en discutant des divergences et des définitions de codage à affiner jusqu'à ce qu'une statistique kappa acceptable de Cohen mesure la fiabilité inter-évaluateur pour tous les codes (le kappa global final était de 0,84).</p> <p>Les codes ne s'appliquaient qu'aux paragraphes entiers, chaque paragraphe représentant un tour de parole par un locuteur.</p>

Déroulement de l'étude	<p>Dans 12 consultations interprétées, 10 impliquaient des patients originaires du Bangladesh, deux autres avec une personne parlant arabe (Jordanie) et une personne parlant urdu (langue maternelle pashto).</p> <p>Ces douze consultations ont été comparées avec 24 consultations de patients qui ont un niveau d'anglais courant évalué par les auteurs.</p> <p>Tous sauf une de ces consultations en langue anglaise courante concernait un patient dont l'anglais est sa première langue, 18 avec des blancs, 3 avec des noirs et 3 avec des patients asiatiques. Neuf prestataires de soins ont été impliqués dont sept infirmières.</p> <p>Deux patients ont été vu par des assistants de santé (dont une de ces consultations était interprétée et l'autre non).</p> <p>Les infirmières ont indiqué leur origine ethnique : noires africaines, blancs d'origine anglaise à l'exception d'une infirmière qui était originaire de Bangladesh et d'un assistant de soins qui était originaire du Bangladesh mais qui conduisait ses consultations en anglais.</p> <p>Six interprètes ont participé dont un lors d'un entretien téléphonique. Tous, sauf une consultation (une fille adulte interprétait) impliquait un interprète professionnel qui partageait la même langue et la même origine ethnique que le patient. Une exception pour le locuteur Pashto, l'interprète parlait urdu en première langue et le patient parlait urdu en seconde langue.</p>
Considérations éthiques	<p>Cette étude a été approuvée par le Comité éthique régional de Londres Surrey-Borders (Réf: 10 / H0806 / 27).</p> <p>Les infirmières, les interprètes et les autres prestataires de soins ont été informés séparément et ont donné leur consentement écrit.</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>"L'analyse quantitative a été réalisée avec SPSS (version 16), avec des feuilles de calcul NVivo9 exportées indiquant le nombre de mots codés sous chaque thème de codage. L'analyse complémentaire des distributions de mots a été effectuée à l'aide de Wordsmith Tools (version 5.0), d'un logiciel développé pour la linguistique informatique et utilisé dans l'analyse des mots-clés."</p>
Présentation des résultats	<p>"Il n'y a pas de différence significative de durée entre les consultations interprétées et les consultations dans la même langue, pourtant les patients qui parlent anglais produisent 3,6 fois plus de mots que les patients dans les consultations interprétées. (Tableau 2)</p> <p>Les patients dans les consultations de même langue étaient plus enclins à produire des énoncés qui comprenaient des questions ou qui portaient sur une discussion sur l'éducation à la santé ou leur propre motivation à s'engager dans des comportements de santé, même si il n'y avait pas de différence significative dans les deux groupes en ce qui concerne l'incompréhension des patients et leurs tentatives de vérification de la compréhension."</p> <p>"Tous les « patworld code » sont utilisés sauf l'emploi dans les consultations de même langue avec plus de de note d'humour et de discussions sur les sentiments et l'histoire de vie.</p> <p>Dans les consultations de même langue, plusieurs thèmes cliniques ont été abordé en même temps.</p> <p>Dans les consultations interprétées, les patients ont consacré moins de paroles à des problèmes médicaux sans rapport avec le diabète (« autres médecins »). Il y a eu moins de discussions des patients sur le fonctionnement de leur corps ou de la santé et de la maladie, ainsi que moins de participation du patient à l'évaluation ou à l'information des paramètres cliniques liés au diabète (paramètres cliniques du patient) (tableau 1).</p> <p>Dans l'ensemble, leurs discussions sur « le monde du patient » étaient beaucoup moins fréquentes dans les consultations interprétées.</p> <p>Les soignants étaient plus susceptibles de produire des énoncés contenant de l'humour et de parler de sentiments avec leurs patients de langue anglaise. Les soignants utilisent souvent la troisième personne dans les consultations interprétées parce qu'elles s'adressent au patient par</p>

	<p>l'intermédiaire de l'interprète plutôt que directement au patient. Ainsi, une analyse de concordance montre que la phrase de deux mots la plus fréquente associée à l'utilisation de «lui» dans ces consultations (33 fois) et les verbes les plus courants qui se sont produits avant «lui» sont «voir», demander ', Donner ', dire 'et' aider '. Les patients utilisent aussi souvent « lui » dans les consultations interprétées.</p> <p>Les tableaux 3 et 4 soulignent que de nombreux passages des patients et des soignants n'ont pas été traduits ou que la signification des propos a été modifiée lors de la traduction.</p> <p>En ce qui concerne la proportion de passages de la parole (« énoncé ») impliqués, 307/920 (33,4%) des énoncés faits par les patients dans les 12 consultations interprétées comportaient des discussions qui n'ont pas été traduites et 674/1644 (41,0%) des énoncés des soignants contiennent des discussions qui n'ont pas été traduites."</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>"La durée est la même pour les consultations interprétées et les consultations en anglais courant. Dans les consultations avec un interprète, les patients parlent moins que les patients parlant anglais car les interprètes ont surement utilisé une partie du temps disponible. Cependant, il n'y avait pas de différence globale significative pour le discours des infirmières, ce qui suggère que le temps supplémentaire utilisé par les interprètes a plus touché les patients que les infirmières.</p> <p>La réduction de la parole a touché certains sujets plus que d'autres. Dans les consultations interprétées, les patients étaient moins enclins à parler de leurs propres représentations du diabète et encore moins de parler de sujets cliniques liés au diabète, bien que cela ne soit pas vrai pour les discussions des prestataires sur des sujets cliniques.</p> <p>A défaut de langage commun, beaucoup de différences reflètent la distance sociale entre le patient et le soignant.</p> <p>Par exemple, l'humour manquait et impliquaient moins de discussions sur l'histoire de vie et des sentiments des patients dans les consultations interprétées."</p> <p>"Les soignants ont rarement abordé directement les patients qui ne parlent pas anglais. De plus, il y a eu moins de questions de la part des patients dans les consultations interprétées.</p> <p>Les patients de langues étrangères soulevaient moins souvent des problèmes sans lien avec leur diabète avec les soignants comparativement aux patients anglophones. Les interprètes pourraient jouer un rôle pour permettre aux patients de parler d'autres thèmes que le diabète. Effectivement, les interprètes avaient beaucoup de liberté dans les consultations. Alors qu'ils s'engageaient à discuter avec un soignant ou un patient sur des thèmes qu'ils jugeaient pertinents, parfois ils ne traduisaient pas les dires d'un orateur et parfois modifiaient le sens des paroles dans les traductions."</p>
Forces et limites	<p>"C'est la première étude impliquant l'observation directe de consultations interprétées au Royaume-Uni.</p> <p>Par cette méthode, les problèmes liés aux comportements auto-déclarés sont évités.</p> <p>La validité de l'étude pour les consultations sur d'autres conditions, pour les contextes autres que les soins primaires, pour d'autres types de soignants tels que les médecins et pour d'autres groupes ethniques reste à établir par d'autres recherches.</p> <p>Ces contrôles de routine ont généralement suivi un protocole standard avec un ordre du jour prédéfini et ont duré plus longtemps que les consultations avec des intervalles de 10 minutes pour les médecins généralistes. De plus, ils concernaient des interprètes professionnels pour la plupart ; la communication avec un membre de la famille comme interprète peut être différente.²⁹</p> <p>En réalisant des consultations plus fréquentes pour les patients ayant besoin d'interprète, il est envisageable que certaines discordances de propos soient limitées. Quelques infirmières ont suggéré aux chercheurs qu'ils pensaient avoir fait cela, bien qu'il n'y ait aucune autre preuve que cela ait eu lieu. Il contraste avec les recommandations dans les guides de travail avec les interprètes que des rendez-vous plus longs avec ces patients devraient être réservés."</p>
Conséquences et recommandations	<p>"Dans cette étude, plusieurs différences sont soulignées, ainsi elle peut contribuer à améliorer les soins du diabète .</p> <p>Si les soignants parviennent à se connecter à l'histoire de vie du patient, l'autogestion du diabète qui implique les compétences cognitives et le travail émotionnel pourrait être facilité.</p>

	<p>Le manque d'intérêt pour la vie affective et personnelle des patients est alarmant dans les consultations interprétées. L'humour, par exemple, peut soulager les contraintes émotionnelles et promouvoir la solidarité, mais les subtilités du temps et du langage non verbal nécessaires, sont compliquées à réaliser dans deux langues différentes."</p> <p>"Etant donné des disparités dans les processus de soins du diabète qui défavorisent les patients issus de minorités ethniques et l'incidence d'un diabète mal contrôlé dans la population d'Asie du Sud, le fait que les patients dans les consultations interprétées sont moins impliqués dans les discussions sur plusieurs indicateurs cliniques est préoccupant.</p> <p>Certaines des pratiques relevées ici peuvent être considérées comme utiles par certains participants. Par exemple, les interprètes peuvent penser qu'ils économisent un temps précieux en répondant aux questions des patients sans les traduire aux soignants.</p> <p>La conclusion selon laquelle les interprètes ajoutent souvent leurs connaissances, leur permet de se considérer comme «co-diagnosticiens ». Dans la mesure où certains ont accumulé un savoir important sur le diabète à force de participer à ces contrôles de routine, les professionnels de santé pourraient leur accorder leur confiance. Mais si cette conversation n'est pas traduite, il est délicat pour les soignants, d'évaluer la qualité des informations données par l'interprète au patient."</p> <p>"Les auteurs considèrent que bon nombre des thèmes identifiés peuvent se généraliser aux consultations interprétées qui ne sont pas forcément reliées au diabète.</p> <p>Si les recommandations pour travailler avec les interprètes sont utilisées, elles peuvent contribuer à réduire la distance sociale des consultations interprétées et à aider à la participation des patients, point central de l'autogestion.</p> <p>Cela inclut par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regardez le patient lorsque vous parlez et lorsque le patient parle à l'interprète ; • Adressez-vous directement au patient plutôt que de vous adresser au patient à travers l'interprète en utilisant la troisième personne ; • De temps en temps, résumez ce que vous pensez et ce que le patient dit et demandez que ce résumé soit traduit afin que le patient puisse confirmer ou refuser ; • Diviser les discussions en petits « morceaux » afin qu'il puisse être traduit avant de livrer le prochain « morceau »; • Demandez à l'interprète ce qui a été dit dans l'autre langue, s'il survient un passage prolongé qui ne semble pas avoir été traduit ; • Ne pas engager l'interprète dans une conversation en anglais sans expliquer le sujet de la conversation au patient et le traduire si cela est pertinent"
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Seale, C., Rivas, C., & Kelly, M. (2013). The challenge of communication in interpreted consultations in diabetes care: a mixed methods study. British Journal of General Practice, 63(607), 125-133. https://doi.org/10.3399/bjgp13X663082				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?			x	Le concepts de la communication avec un interprète est précisé mais la population à l'étude n'est pas claire.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			Il y a but, design et setting, méthode, résultats et conclusion.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	x			Les différences socioéconomiques et éducatives associées à l'ethnicité peuvent expliquer certaines des différences dans les expériences de soins, mais il est clair qu'une grande partie de cette difficulté provient de problèmes de communication où différentes langues sont impliquées.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	x			Des articles de 2000 à 2012 ont été utilisés.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?				Il n'y a aucune indication
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?				Le but de l'étude est de comparer les consultations faisant appel à un interprète et les consultations dans lesquelles est utilisé la même langue parlé couramment.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?		x		
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?			x	
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			148 patients adultes atteints de diabète venant effectuer de contrôle de routine avec des infirmières ou des assistants de santé et des interprètes dans quatre cabinets.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			49 patients ont accepté de participer.

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	x			Tout est indiqué
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	x			<p>Dans 12 consultations interprétées, 10 impliquaient des patients originaires du Bangladesh, deux autres avec une personne parlant arabe (Jordanie) et une personne parlant urdu (langue maternelle pashto).</p> <p>Ces douze consultations ont été comparées avec 24 consultations de patients qui ont un niveau d'anglais courant évalué par les auteurs.</p> <p>Tous sauf une de ces consultations en langue anglaise courante concernait un patient dont l'anglais est sa première langue, 18 avec des blancs, 3 avec des noirs et 3 avec des patients asiatiques. Neuf prestataires de soins ont été impliqués dont sept infirmières. Deux patients ont été vu par des assistants de santé (dont une de ces consultations était interprétée et l'autre non).</p>
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			<p>Cette étude a été approuvée par le Comité éthique régional de Londres Surrey-Borders (Réf: 10 / H0806 / 27).</p> <p>Les infirmières, les interprètes et les autres prestataires de soins ont été informés séparément et ont donné leur consentement écrit.</p>
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	x			Tableau 1, box 1, box 2, tableau 2, tableau 3, tableau 4, tableau 5
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?			x	
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	x			Tableau 1 « patword »
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	x			Tout est détaillé dans les tableaux.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		x		

Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	x			Plusieurs études sont citées
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	x			Les auteurs considèrent que bon nombre des thèmes identifiés peuvent se généraliser aux consultations interprétées qui ne sont pas forcément reliées au diabète.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	x			Recommandations pour le dialogue.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			Toutes les étapes sont présentes
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

ANNEXE 10

1ere partie des résultats : caractéristiques de nos articles :

titre	population	pays	Taille de l'échantillon	devis	Outils méthodologique	pathologie	Thématiques de recherches
1. The challenge of communication in interpreted consultations in diabetes care: a mixed methods study.	10 Bangladais 1 Jordanien 1 Pakistanais	Royaume-Uni	49 participants	Etude comparative descriptive	Logiciel NVivo9 Le Kappa de Cohen	Diabète type 2	"Comparer les consultations faisant appel à un interprète aux consultations où le patient et le fournisseur parlent la même langue dans les groupes des minorités ethniques."
2. Language Barriers, Physician-Patient Language Concordance, and Glycemic Control Among Insured Latinos with Diabetes	Les latinos souffrant de diabète.	Etats-unis	Patients latinos limités en anglais : n=510 Patients latinos s'exprimant en anglais : n=2,683 Patients blancs : n=3,545	Etude transversale observationnelle	Questionnaire	Diabète type 2	"Evaluer l'association entre des compétences limitées en anglais et le contrôle glycémique et si cette association est modifiée par la concordance linguistique du médecin."
3. Moral médiation	10 Bangladais 1 Jordanien 1 Pakistanais	Royaume-Uni	49 participants	Etude du cas	Le logiciel NVivo9. Le Kappa de Cohen	Diabète	"Le travail moral effectué dans des consultations de

							routine pour les patients atteints de diabète effectués par des infirmières dans les soins primaires dans lesquels l'interprète est nécessaire est observé et analysé."
4. Interpreter mediated diabetes consultations : a qualitative analysis of physician communication practices.	Médecins de langue germanophone, patients turcs, interprètes bilingues (langue turque et allemande)	Suisse	8 cliniciens dont 5 médecins, 1 infirmière, 1 diététicienne, 1 éducatrice en diabétologie et 2 interprètes. 7 patients turcs	Etude qualitative exploratoire	Logiciel MAXDA2007	Diabète	"Explorer les techniques de communication des médecins dans des consultations avec des interprètes."
5. Patient access to healthcare services and optimisation of self-management for ethnic minority populations living with diabetes: a systematic review:	Population d'Asie du sud et les noires d'Afrique et des Caraïbes	Royaume Unis	Non spécifié	Revue systématique	Un programme distinct de compétences d'évaluation critique (PHRU2006). DARE Manuel York	diabète	"Les outcomes en lien avec l'autogestion, l'accès limité aux soins sont associés à un risque élevé de diabète de type 2 dans la population d'Asie du sud, d'Afrique noire et des noirs des caraïbes".
6. Boundaries and conditions of interpretation	Personnes qui travaillent dans	suède	Il y avait 33 personnes (31	une étude de cas soit une	-	Pas spécifique	"Cette recherche évalue les

in multilingual and multicultural elderly healthcare.	les soins de santé des personnes âgées multilingues.		femmes et deux hommes) qui avaient une expérience de 3 à 40 ans du travail dans les soins de santé des personnes âgées multilingues.	étude descriptive exploratoire		mais on parle cependant de diabète dans l'article. Cet article convient car on reste dans un contexte de chronicité	interrogations à propos de la communication et les soins de santé en s'appuyant sur l'interprétation entre les soignants et les patients de différents milieux culturels et linguistiques. Le but principal est l'exploration des pratiques d'interprétation dans les soins de santé de personnes âgées multilingues."
7. Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland	Infirmières de santé publique travaillant dans les centres de santé primaire dans une ville au sud de la Finlande	Finland	8 Infirmières de santé publique avec environ huit ans d'ancienneté.	Etude qualitative descriptive Etude de cas	-	Pas de pathologie décrite directement	"Décrire les perceptions des infirmières sur les facteurs à prendre en considération lors de l'utilisation des interprètes dans l'accompagnement des patients migrants en santé primaire".
8. Barriers to initiating insulin therapy in patients with type 2 diabetes mellitus in public-sector primary health care centres in Cape Town	Médecins accompagnant les patients diabétiques.	Afrique du Sud	46 médecins	Etude qualitative exploratoire ou étude de cas	Pas d'outils	Diabète de type 2	"Identifier et explorer les obstacles à la prescription d'une insulinothérapie chez les patients souffrant de diabète de type 2

							et ayant des doses maximales des antidiabétiques oraux".
9. Health Literacy and Patient-Reported Outcomes: A Cross-Sectional Study of Underserved English- and Spanish-Speaking Patients With Type 2 Diabetes.	Homme ou femme non-enceinte âgés de 18 ans ou plus, parlant anglais ou espagnol atteint de diabète de type 2 et étant traités par antidiabétiques oraux ou par insuline, ayant une fonction cognitive et une dextérité manuelle jugée suffisante par le RA pour utiliser un écran tactile multimédia.	Etats-unis	146 participants anglophones et 149 participants hispanophones	Étude qualitative et descriptive	Questionnaire	Diabète	"L'étude actuelle a été conçue pour examiner les associations entre les caractéristiques rapportées par le patient, les comportements de santé et les outcomes de santé et explorer le rôle de la littéracie en santé comme médiateur potentiel des outcomes chez les adultes anglophones et hispanophones qui recevaient des soins pour le diabète dans une clinique."

ANNEXE 11

Savoir-être ou savoir-faire relationnel ?

Sommaire :

- ✓ Le « savoir-être » : le piège d'une formulation trop large et pas toujours opérationnelle-----p. 2
- ✓ Le « savoir-faire relationnel » : un terme retenu par le RIME -----p. 3

En bref...

Savoir-être ou savoir-faire relationnel sont souvent considérés comme deux termes interchangeables. Dans la pratique, cependant, ils englobent des réalités différentes qu'il convient de préciser.

Lorsqu'on détaille les composantes d'une compétence, doit-on privilégier dans le choix du vocabulaire le terme de « savoir-être » ou celui de « savoir-faire relationnel » ?

La question peut sembler futile. Elle pointe cependant un enjeu important : la nécessité pour une formulation d'être précise, comprise et partagée.

Dans sa définition la plus commune la compétence relève de la mise en synergie d'un ensemble de « savoirs », de « savoir-faire » et de « savoir-être ». Ce triptyque est facilement mémorisable. C'est le plus répandu.

Si les deux premiers niveaux (« savoir », « savoir-faire ») ne posent pas trop de problèmes d'interprétation au rédacteur d'une fiche de poste, d'un cahier des charges de formation, d'un référentiel métier ou d'un entretien de carrière, il est cependant difficile d'en dire autant du « savoir-être ».

Au sein de la fonction publique de l'État, le vocabulaire n'est pas stabilisé :

- le Répertoire Ministériel des Emplois-types¹ ne retient pas le terme de « savoir-être ». Il se focalise sur les « connaissances techniques » et les « savoir-faire » ;
- le Répertoire Interministériel des métiers de l'État (le RIME) privilégie quant à lui le « savoir-faire relationnel » :
- a contrario, le Dictionnaire interministériel des compétences des métiers de l'État² consacre sa troisième partie aux « savoir-être ».

L'AFNOR enfin, ne tranche pas : « Savoir-être : terme communément employé pour définir un savoir-faire relationnel, c'est-à-dire, des comportements et attitudes attendus dans une situation donnée »³.

Pour retenir un sens plutôt qu'un autre, il est donc nécessaire d'en cerner les différentes dimensions.

¹ http://intra.rh.sg.i2/IMG/pdf/09012__repertoire_emplois_2013_complet_web_cle7ee447.pdf

² DGAFP (2011) – Dictionnaire interministériel des compétences des métiers de l'État
<http://www.fonction-publique.gouv.fr/publications/collection-politiques-demploi-public-1>

³ AFNOR (Juillet 1996) Formation professionnelle – Terminologie – Norme NF X 50 – 750.

*Le CEDIP est une entité du Centre Ministériel de Valorisation des Ressources Humaines (CMVRH)

1 – Le « savoir-être » : le piège d'une formulation trop large et pas toujours opérationnelle

Comment un recruteur peut-il vérifier que la personne candidate :

- Est bien « honnête » (pour le recrutement d'un comptable) ?
- Qu'elle saura « faire preuve de discrétion » (pour le recrutement d'une secrétaire de direction) ?
- Comment former quelqu'un pour qu'il « fasse preuve de curiosité intellectuelle » ? Pour qu'il soit « organisé », « réactif », « rigoureux » ?

On retrouve souvent associées au « savoir-être » des caractéristiques parfois difficiles à appréhender dans la réalité professionnelle (recrutement, formation...) : le « savoir-être » englobe des dimensions de l'individu qui relèvent parfois de la personnalité ou du caractère.

Un « savoir-être » peut donc se révéler :

- difficile à identifier au moment d'un recrutement ;
- difficile à acquérir par une simple formation.

Un savoir-être pour évoluer, doit s'inscrire dans le temps. Il est assez difficile à acquérir.

Le Dictionnaire interministériel des compétences des métiers de l'État¹ apporte son concours à la réflexion en explicitant 102 « savoir-faire », 21 « savoir-être » et 40 rubriques de « connaissances ».

Pour lui « Le savoir-être s'applique aux capacités utiles pour savoir se comporter / se conduire dans un contexte professionnel donné ».

Le « savoir-être » y est subdivisé en trois niveaux différents : conceptuel, relationnel, contextuel.

Spécificités du « savoir-être »		
Conceptuel	Relationnel	Contextuel
<i>« Le savoir-être conceptuel est axé sur la posture de la personne dans l'accomplissement d'une tâche ».</i>	<i>« Le savoir-être relationnel est axé sur le rapport et le lien avec autrui dans l'accomplissement d'une tâche ».</i>	<i>« Le savoir-être contextuel est axé sur la prise en compte d'un environnement ou d'une situation, et sur la réaction de la personne dans l'accomplissement d'une tâche ».</i>
<ul style="list-style-type: none">- Sens de l'analyse- Esprit de synthèse- Sens de l'innovation/créativité- Sens critique- Être rigoureux- Être autonome- Sens de l'initiative- Être persévérant- Curiosité intellectuelle	<ul style="list-style-type: none">- Sens des relations humaines- Avoir l'esprit d'équipe- Être à l'écoute- Sens de la pédagogie- Faire preuve de diplomatie- Faire preuve d'autorité- Faire preuve de discrétion	<ul style="list-style-type: none">- Capacité d'adaptation- Sens de l'organisation- Sens des responsabilités- Maîtrise de soi- Réactivité

Intérêt et limites du « savoir-être »

Intérêt

- Il s'appuie sur un vocabulaire directement compréhensible.
- C'est la technique la plus facile et la plus rapide pour caractériser un comportement ou une attitude attendue.
- Il présente un point clef sur lequel l'agent sera attendu et évalué.
- Il permet à un candidat de savoir s'il correspond ou non à un emploi.

Limites

- L'acquisition d'un « savoir-être » est parfois longue.
- Le vocabulaire retenu pour caractériser le « savoir-être » conduit souvent à des interprétations différentes d'une personne à l'autre.
- Ce type de formulation, souvent lapidaire nécessite donc un travail d'explicitation complémentaire.

1 Source : DGAFF (2011) – Dictionnaire interministériel des compétences des métiers de l'état <http://www.fonction-publique.gouv.fr/publications/collection-politiques-demploi-public-1>

- page 18 (Exemples de savoir-être)
- pages 127 à 148 explicitation de 21 savoir-être.
- page 207 (définitions)

2 – Le « savoir-faire relationnel » : un terme retenu par le RIME

La normalisation du vocabulaire qui gravite autour de la compétence est portée par les glossaires des répertoires métiers. Ces définitions doivent être privilégiées.

Le RIME constitue, au niveau interministériel, l'outil de référence qui contribue à rendre plus lisibles les emplois de l'État et les compétences qui leur sont associées. Tous les emplois de l'État y sont répertoriés.

Ce répertoire retient les termes de « connaissances » et de « savoir-faire » pour les fiches détaillant chacun des emplois-référence. Les « savoir-faire relationnels » y sont présentés comme une des composantes des « savoir-faire ». Pour le RIME les « savoir-faire relationnels » « permettent de coopérer efficacement avec autrui ».

Un « savoir-faire relationnel » bien formulé s'acquiert sans trop de difficulté par la formation ou la professionnalisation. Il peut être assimilé assez rapidement.

Sa formulation doit débiter par un verbe d'action, le plus précis possible (débiter la formulation par : « il doit être capable de... » et « tester » plusieurs verbes avant de retenir le plus approprié).

Spécificités du « savoir-faire relationnel »

Les « savoir-faire relationnels » englobent les capacités nécessaires pour savoir se comporter ou se conduire avec les autres de façon pertinente dans un contexte donné. Ils portent plus particulièrement sur les capacités à :

- s'insérer dans un collectif de travail et à participer aux productions de celui-ci de façon positive ;
- interagir de façon efficace avec sa hiérarchie, ses pairs, ses partenaires ;
- analyser une situation dans toute sa complexité ;
- s'adapter à des situations spécifiques ;
- surmonter des situations diverses, des aléas rencontrés ;
- tirer parti de ses expériences (positives ou négatives) afin de progresser ;
- évoluer sur le plan professionnel et personnel ;
- ...

Intérêt et limites du « savoir-faire relationnel »

Intérêt

- Partager, au sein de la fonction publique d'état, le même vocabulaire.
- Un « savoir-faire relationnel » lorsqu'il est bien formulé ne prête pas à confusion.
- S'appuyer sur un terme cernant un périmètre plus limité mais plus opérationnel (Il est plus facile de visualiser des situations professionnelles liées au « savoir-faire relationnel » que celles liées à des « savoir-être »).
- Il est plus facile par la formation, par la professionnalisation, par le parcours professionnel d'acquérir des « savoir-faire relationnels » que des « savoir-être » beaucoup plus liés à la personnalité.

Limites

- Le recours à des mots flous ou peu opérationnels est lié surtout à une rédaction trop rapide. Les « savoir-faire relationnels » s'ils sont mal rédigés restent, eux aussi, peu opérationnels.
- Ces savoir-faire ne prennent pas en compte des traits de caractère ou de personnalité parfois importants à préciser.

Alors : « *Savoir-être* » ou « *savoir-faire relationnel* » ? Les professionnels des RH de la fonction publique de l'État gagneront sans doute à décliner des « *savoir-faire relationnels* », en conformité avec les glossaires des répertoires métiers. Ce qui est déterminant, dans les deux cas de figure, c'est :

- la rigueur apportée à la formulation pour qu'elle soit la plus précise possible,
- le temps disponible pour acquérir la ressource.

Pour aller plus loin

Dictionnaire interministériel des compétences des métiers de l'État – DGAFF – 2011 –

<http://www.fonction-publique.gouv.fr/publications/collection-politiques-demploi-public-1>

Glossaire des concepts utilisés dans le répertoire Interministériel Métiers de l'État (RIME)

HTML://rime.fonction-publique.gouv.fr/bibliotheque/docs/Rime_2010.pdf

Les usages du Répertoire interministériel des métiers de l'État – DGAFF

http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/politiques_emploi_public/rime/rime_usages.pdf

Le répertoire ministériel des emplois-types dans sa version 2013

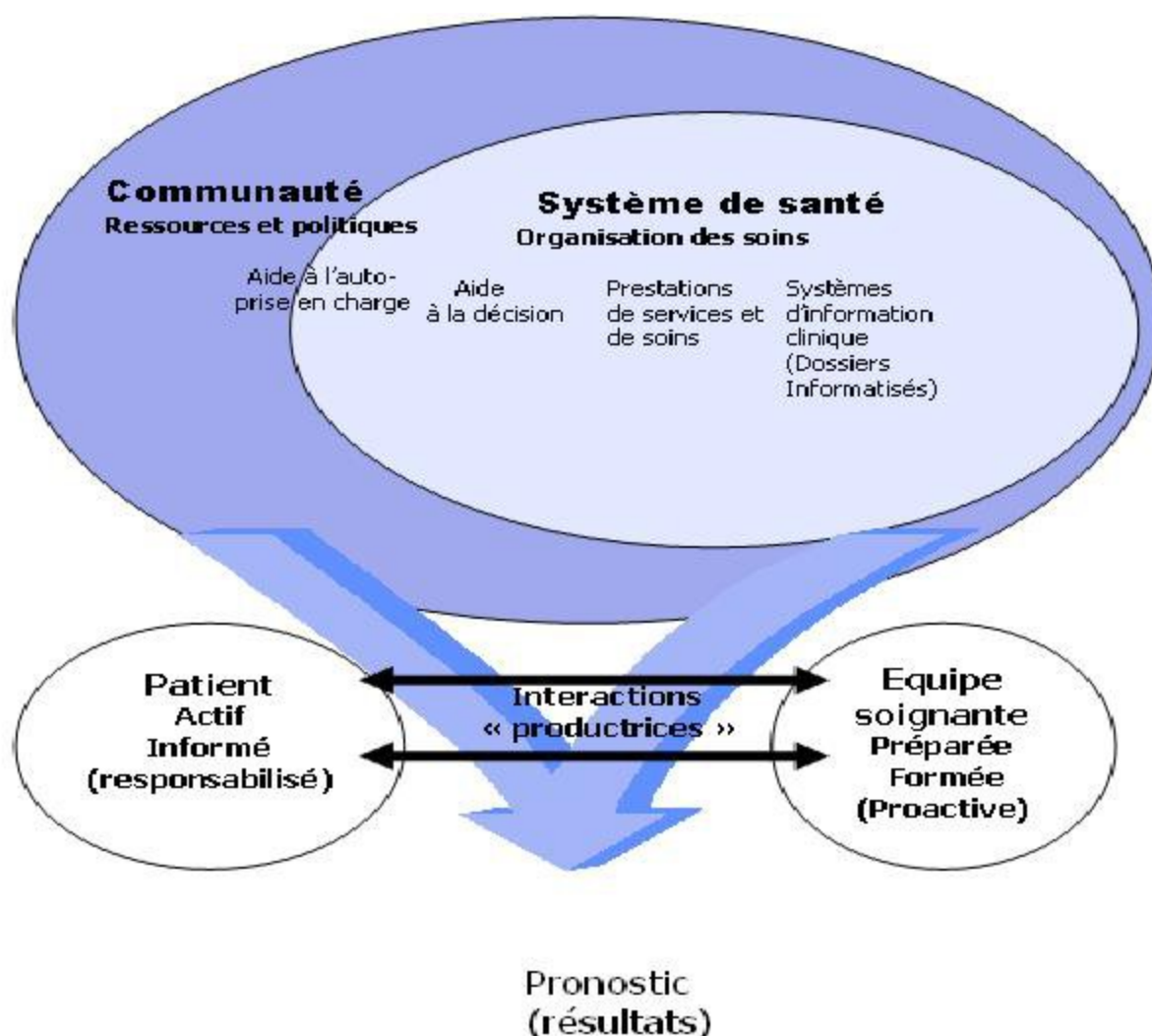
http://intra.rh.sg.i2/IMG/pdf/09012__repertoire_emplois_2013_complet_web_cle7ee447.pdf

Mode d'emploi du répertoire ministériel des emplois types

http://intra.rh.sg.i2/IMG/pdf/mode_emploi_def_mars_2012_V20_03_2012_cle2d1dee.pdf

Gilles AYMAR – Patrick DUIGOU – Michaël DORANTE

ANNEXE 12



Source : ce schéma reproduit et traduit⁽¹⁾ le plus fidèlement possible le modèle visible dans l'article suivant : Wagner, E., (2008) Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? *Effective Clinical Practice* (1):2-4.

Il y a six piliers, visibles ci-dessus :

- le système de santé ;
- les prestations ;
- l'aide à la décision ;
- les systèmes d'information (IITIC en santé)
- l'auto-prise en charge
- la communauté

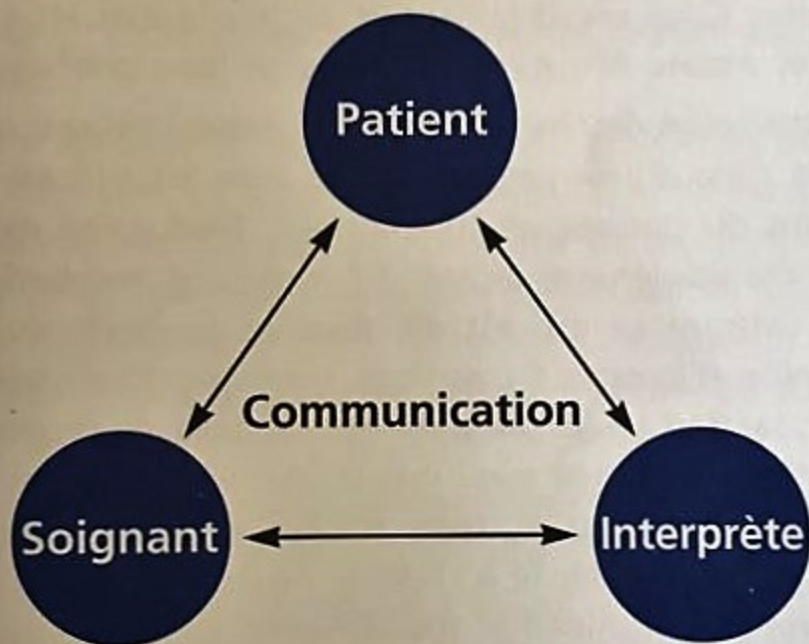
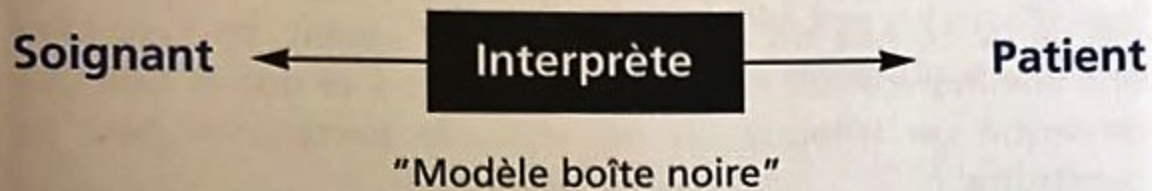
⁽¹⁾ Traduction : Hélène Fagherazzi-Pagel, pour Chronisante

Modèle de Wagner, les six piliers du Chronic Care Model (CCM), historique (m-à-j 25 janvier 2013) - ChroniSanté. (2013). Consulté 12 juillet 2017, à l'adresse <http://chronisante.inist.fr/>?
Modele-de-Wagner-les-six-piliers

ANNEXE 13

VALORISER

l'entretien à trois: du dialogue au trilogue



Du modèle "boîte" au modèle "triangle"

Bischoff, A., & Loutan, L. (1998). Guide de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes. A mots ouverts (HUG Hôpitaux universitaires de Genève).