

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme

Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

HES-SO Valais-Wallis / Haute Ecole de Santé

Travail de Bachelor

La communication avec des patients non francophones

Travailler en dialogue lors de prises en charge de personnes étrangères
dans les hôpitaux

Revue de la littérature

Réalisé par : Céline Pralong

Promotion : Bachelor 13

Sous la direction de : M. Savvas Karasavvidis

Sion, le 13 juillet 2016

1 Résumé

Ce travail s'intéresse à la communication entre soignants et patients non francophones dans un milieu hospitalier. Il met en avant l'un des moyens utilisés pour se comprendre : l'utilisation d'interprètes professionnels (le travail en triadologie). Cette revue de la littérature a pour objectifs de nommer et examiner les moyens de communication utilisés dans les hôpitaux lors de la prise en charge d'un patient non francophone ainsi que relever les avantages et inconvénients de ces différentes techniques (principalement l'utilisation d'interprètes), dans le but d'arriver à une prise en charge optimale de ces patients en milieu hospitalier et d'améliorer la qualité des soins dispensés.

Pour réaliser ce travail, sept études ont été sélectionnées dans des bases de données scientifiques (CINAHL et PubMed) entre septembre 2015 et mars 2016. Ces études devaient être publiées en français ou en anglais entre 2010 et 2015, avoir dans leur échantillon au moins un des membres du triadologie (patient-interprète-soignant) et parler de prises en charge hospitalières médicales ou soignantes de personnes étrangères.

Plusieurs résultats sont ressortis de leur analyse. Différentes stratégies sont utilisées par les soignants pour communiquer avec les patients étrangers, dont l'utilisation d'interprètes. Afin de collaborer adéquatement, soignants et interprètes doivent assurer un environnement approprié, une préparation des entretiens, un débriefing après ceux-ci et des compétences spécifiques.

Cette revue expose plusieurs pistes pour améliorer le travail en triadologie et la qualité des soins, notamment un meilleur accès aux services d'interprétariat, une continuité dans les prises en charge et la mise en place de formations supplémentaires.

Mots-Clés : communication, interculturalité, interprétariat, qualité, soins, soins infirmiers, triadologie.

2 Remerciements

Je tiens à remercier ici, pour toute l'aide apportée durant l'élaboration de ce travail de Bachelor :

- M. Karasavvidis Savvas, directeur de ce travail, qui m'a encadrée et soutenue durant toute la réalisation de cette revue de la littérature ;
- et tous mes proches qui m'ont aiguillée et encouragée tout au long de ma formation et de l'écriture de ce projet.

3 Déclaration

« Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor en sciences infirmières à la Haute Ecole de santé de Sion.

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteur-e et nullement les membres du jury ou la HES

De plus l'auteur-e certifie avoir réalisé seul-e cette revue de la littérature.

L'auteur-e déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0 ».

Lieu et date :

Signature

Table des matières

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Résumé | 2 |
| 2 | Remerciements..... | 3 |
| 3 | Déclaration..... | 4 |
| 4 | Introduction | 7 |
| 4.1 | Problématique..... | 7 |
| 4.1.1 | La définition générale du problème..... | 7 |
| 4.1.2 | L'explication de l'importance du problème | 8 |
| 4.1.3 | L'état de la question | 9 |
| 4.2 | Question de recherche..... | 10 |
| 4.3 | But de la recherche..... | 10 |
| 5 | Cadre théorique | 11 |
| 5.1 | La culture | 11 |
| 5.1.1 | L'interculturalité | 11 |
| 5.1.2 | Le modèle transculturel de Purnell | 12 |
| 5.2 | La communication..... | 15 |
| 5.3 | L'interprétariat communautaire (le travail en triadique)..... | 17 |
| 6 | Méthode..... | 20 |
| 6.1 | Devis de recherche | 20 |
| 6.2 | Collecte des données..... | 20 |
| 6.3 | Sélection des données..... | 21 |
| 6.3.1 | Critères d'inclusion et d'exclusion des études..... | 21 |
| 6.3.2 | Pyramide des preuves | 22 |
| 6.3.3 | Considérations éthiques | 23 |
| 6.4 | Analyse des données..... | 23 |
| 7 | Résultats | 25 |
| 7.1 | Description de l'étude 1..... | 25 |
| 7.1.1 | Validité méthodologique | 26 |
| 7.1.2 | Pertinence clinique | 26 |
| 7.1.3 | Utilité pour la pratique professionnelle | 27 |
| 7.2 | Description de l'étude 2..... | 27 |
| 7.2.1 | Validité méthodologique | 28 |
| 7.2.2 | Pertinence clinique | 29 |
| 7.2.3 | Utilité pour la pratique professionnelle | 29 |
| 7.3 | Description de l'étude 3..... | 30 |
| 7.3.1 | Validité méthodologique | 31 |
| 7.3.2 | Pertinence clinique | 32 |
| 7.3.3 | Utilité pour la pratique professionnelle | 32 |
| 7.4 | Description de l'étude 4..... | 33 |
| 7.4.1 | Validité méthodologique | 33 |
| 7.4.2 | Pertinence clinique | 34 |
| 7.4.3 | Utilité pour la pratique professionnelle | 35 |
| 7.5 | Description de l'étude 5..... | 35 |
| 7.5.1 | Validité méthodologique | 36 |

| | |
|--|-----------|
| 7.5.2 Pertinence clinique | 37 |
| 7.5.3 Utilité pour la pratique professionnelle | 38 |
| 7.6 Description de l'étude 6..... | 38 |
| 7.6.1 Validité méthodologique | 39 |
| 7.6.2 Pertinence clinique | 40 |
| 7.6.3 Utilité pour la pratique professionnelle | 40 |
| 7.7 Description de l'étude 7..... | 41 |
| 7.7.1 Validité méthodologique | 42 |
| 7.7.2 Pertinence clinique | 43 |
| 7.7.3 Utilité pour la pratique professionnelle | 43 |
| 7.8 Synthèse des principaux résultats..... | 44 |
| 8 Discussion | 45 |
| 8.1 Discussion des résultats..... | 45 |
| 8.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences..... | 47 |
| 8.3 Limites et critiques de la revue de la littérature..... | 48 |
| 9 Conclusions..... | 49 |
| 9.1 Propositions pour la pratique..... | 49 |
| 9.2 Propositions pour la formation..... | 49 |
| 9.3 Propositions pour la recherche..... | 50 |
| 10 Références bibliographiques..... | 51 |
| 11 Annexes..... | I |
| 11.1 Annexe I : Tableaux de recension | I |
| 11.2 Annexe II : Tableau récapitulatif des sept études | VIII |
| 11.3 Annexe III : Glossaire général et glossaire méthodologique | IX |
| 11.3.1 Glossaire général..... | IX |
| 11.3.2 Glossaire méthodologique | XII |
| 11.4 Annexe IV : Autres annexes | XIX |
| 11.4.1 Schéma « Sunrise Model » | XIX |
| 11.4.2 Schéma « Modèle transculturel de Purnell » | XX |
| 11.4.3 Schémas des facteurs à considérer lors du travail en triologie (étude 4)..... | XXI |

4 Introduction

Dans la société actuelle, que ce soit lors de voyages, dans la rue, durant les loisirs, à l'école ou encore sur son lieu de travail, qui n'a jamais communiqué ou essayé de communiquer avec une personne de culture ou de langue étrangère ? Chacun a déjà été, à un moment ou à un autre, confronté à un problème de communication, principalement de compréhension, suite à une divergence linguistique. Dans le domaine des soins, des situations de ce type sont de plus en plus fréquentes et les professionnels de la santé, notamment les médecins, les infirmiers-ères ou encore les physiothérapeutes, y sont confrontés de manière quasi quotidienne.

La communication avec les personnes migrantes^{*1} ou immigrées* non francophones est un thème important à examiner dans le domaine des soins infirmiers afin de parvenir à une prise en charge adéquate, à une qualité des soins optimale et à un accès aux soins égal pour tous patients peu importe leur culture et/ou leur langue.

4.1 Problématique

4.1.1 La définition générale du problème

A titre préliminaire, il est important de clarifier plusieurs termes :

Le verbe « communiquer » peut être défini comme ceci : « Faire passer quelque chose, le transmettre à quelque chose d'autre » ou encore « Faire savoir quelque chose à quelqu'un, le lui révéler, lui en donner connaissance » (Dictionnaires de français Larousse, s.d., définitions de « communiquer »).

Pour expliquer le mot « communication », il existe de nombreuses définitions possibles, notamment celles-ci : « Action de communiquer avec quelqu'un, d'être en relation avec autrui, en général par le langage » et « Echange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse » (Dictionnaires de français Larousse, s.d., définitions de « communication »).

La communication est un élément essentiel dans toutes relations. Chaque être humain communique pour diverses raisons, notamment pour combler ses différents besoins, créer et maintenir des liens, apprendre, comprendre, aider et être aidé ou encore pour le plaisir. Toutes les informations échangées servent à nous construire et à nous connaître (DeVito, Chassé & Vezeau, 2014, p. 4-10).

En Suisse, la société est plurilingue, de par ses quatre langues nationales (allemand/suisse allemand, français, italien et romanche), mais également par son importante

¹ Tous les mots suivis d'un « * » sont définis dans le glossaire général se trouvant en Annexe III (dès p. IX)

population de personnes de cultures et de langues étrangères (Office fédéral de la statistique, 2016, langues).

Selon le rapport sur la migration 2014 publié par le Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM) (2015) :

A la fin du mois de décembre 2014, la population résidente permanente de nationalité étrangère comptait 1'947'023 personnes (1'886'630 en 2013). Sur ce nombre, 1'328'318 (soit environ 68%) étaient des ressortissants de pays de l'UE-28* ou de l'AELE* (1'279'455 en 2013) et 618'705 (soit 32%) des ressortissants de pays tiers (607'175 en 2013). [...] Les Italiens constituent la communauté étrangère la plus importante en Suisse, forte de 308'602 personnes (16% des résidents permanents étrangers), suivis des Allemands (298'614 personnes/15.3%) et des Portugais (263'010 personnes/13.5%). Les ressortissants kosovars sont ceux qui ont connu la plus nette progression sur un an (+ 10'208 personnes), devant les Portugais (+ 9'241) et les Italiens (+ 7'348).

(p. 15)

En ce qui concerne les demandes d'asile* remises dans notre pays en 2014, il y en a eu 23'765, soit 2'300 de plus qu'en 2013. Les trois pays d'origine les plus rapportés étaient l'Erythrée, la Syrie et le Sri Lanka (Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM), 2015, p. 22).

Fin 2014, la population valaisanne résidente permanente de nationalité étrangère comptait 74'801 personnes (22.2% de la population générale). Parmi elles, 68'632 étaient originaires de divers pays européens et 6'169 venaient des autres continents. 2'087 personnes ont été assignées au canton du Valais, durant l'année 2014, dans le cadre des demandes d'asile (Bureau cantonal à l'intégration, 2015, p. 5-7).

Les personnes migrantes ou immigrées n'ont pas seulement une langue différente de celle du pays d'accueil, mais elles ont également souvent une tout autre culture. Les coutumes, les valeurs, les règles, les habitudes ou encore les façons de communiquer et de penser peuvent différer. Toutes ces divergences linguistiques et culturelles confrontent les professionnels entrant en contact avec elles à de nombreuses difficultés lors de leur prise en charge (Camilleri & Cohen-Emerique, 1989, p. 14 et p. 77-78).

4.1.2 L'explication de l'importance du problème

Bien se comprendre est primordial dans le domaine de la santé, principalement dans la relation soignant-soigné. Cela permet de construire une relation de qualité et d'établir une alliance thérapeutique, ainsi qu'un climat de confiance dans le but de parvenir à une qualité des soins optimale. Les diversités linguistiques et/ou culturelles engen-

drent des barrières qui auront inévitablement un impact sur la prise en charge du patient lors de son hospitalisation (Camilleri & Cohen-Emerique, 1989, p. 14, p. 77-78 et p. 165-173).

Dans leur livre « Guide TRIALOG : l'interprétariat en milieu médical », Pickel, Bischoff et Loutan (2002) le confirment :

Une part essentielle du travail des médecins et des soignants repose sur le dialogue et la compréhension mutuelle. Quand aucune langue commune n'existe entre soignant et soigné, la difficulté à communiquer est à l'origine de bien des malentendus, des frustrations et des erreurs. Dans notre monde toujours plus mobile, les professionnels de la santé sont de plus en plus appelés à s'occuper de personnes aux origines culturelles et linguistiques diverses, avec lesquelles le simple dialogue ne peut se faire.

(p. 4)

Il est donc important de trouver ou d'affiner différentes techniques de communication afin de parvenir à pallier ce problème. Plusieurs d'entre elles sont utilisées par les professionnels de la santé dans les hôpitaux : l'utilisation d'une autre langue commune (souvent l'anglais), l'utilisation de moyens non verbaux (signes – dessins) ou encore l'utilisation d'interprètes informels* (proches du patient – collègues de travail). Ces différents moyens peuvent être utiles pour dépanner ou lors de situations simples, mais ne suffisent rapidement plus lors de prises en charge plus compliquées (Faucherre, Weber, Singy, Guex & Stiefel, 2010, p. 336-337).

Se servir d'un membre de la famille ou d'un ami du patient pour faciliter la communication est simple d'accès et gratuit. Néanmoins, cette méthode comporte plusieurs désavantages. Le proche n'étant pas soumis au secret de fonction, la confidentialité n'est pas du tout garantie. Le contenu et la fidélité des informations transmises ne sont pas sûrs, car les connaissances du traducteur ne sont également pas garanties. De plus, étant donné la dimension affective qui le relie au patient, les propos peuvent être déformés ou modifiés. C'est pour cela qu'une des techniques qui tend à se développer en hôpital est l'utilisation des interprètes formels* ou communautaires. Ce sont des professionnels à part entière qui ont suivi une formation spécifique (Faucherre et al., 2010, p. 337).

4.1.3 L'état de la question

Connaître un maximum de techniques de communication et les autres professionnels pouvant aider dans ces prises en charge complexes pourrait faciliter le quotidien des soignants. Travailler en collaboration avec les interprètes communautaires devient donc important afin de pouvoir garantir la qualité des soins à tous les patients, peu importe leur

origine – leur langue – leur culture, mais n'est pas encore forcément aisé. Le personnel soignant, notamment les médecins et les infirmiers-ères, doit apprendre à collaborer avec les interprètes professionnels, préparer les entretiens qui seront menés en commun et faire un compte-rendu au terme de ceux-ci. Il est également important d'adapter chaque prise en soins et chaque moyen utilisé en fonction de chaque patient (Bischoff & Loutan, 1998, p. 7-8 et p. 11-17).

4.2 Question de recherche

Afin de formuler au mieux la question de recherche, le modèle PICO a été retenu dans ce travail de Bachelor :

| | | |
|---|--------------------|---|
| P | Population | Patient étranger (migrant ou immigré) non francophone lors d'une prise en charge hospitalière |
| I | Intervention | Le travail – la collaboration en triologie (l'utilisation d'interprètes professionnels) |
| C | Comparaison | Collaboration interdisciplinaire (autres techniques de communication) |
| O | Outcome (résultat) | Amélioration de la prise en charge – de la qualité des soins |

Il ressort du modèle la question de recherche suivante : *Quelles sont les techniques de communication les plus utilisées dans les hôpitaux et comment améliorer le travail en triologie lors d'une prise en charge hospitalière d'un patient étranger non francophone, dans le but d'améliorer la qualité des soins qui lui sont dispensés?*

4.3 But de la recherche

Les objectifs de cette revue de la littérature sont :

- nommer et examiner les moyens de communication utilisés dans les hôpitaux lors de la prise en charge d'un patient non francophone ;
- mettre en évidence les avantages et les inconvénients de ces différentes techniques, en se concentrant principalement sur l'utilisation des interprètes (le travail en triologie), dans le but de parvenir à une amélioration de la qualité des soins et à une prise en charge optimale de ces patients en milieu hospitalier.

5 Cadre théorique

A partir du titre de ce travail et de la question de recherche, il a été décidé de développer trois concepts différents :

- la culture avec, comme sous-chapitres, l'interculturalité et le modèle transculturel de Purnell,
- la communication,
- l'interprétariat communautaire (le travail en triologie).

5.1 La culture

Il existe de nombreuses définitions du terme « culture ». Dans leur livre, Camilleri et Cohen-Emerique (1989) l'ont définie ainsi :

La culture est l'ensemble plus ou moins fortement lié des significations acquises les plus persistantes et les plus partagées que les membres d'un groupe, de par leur affiliation* à ce groupe, sont amenés à distribuer de façon prévalente sur les stimuli* provenant de leur environnement et d'eux-mêmes, induisant vis-à-vis de ces stimuli des attitudes, des représentations et des comportements communs valorisés, dont ils tendent à assurer la reproduction par des voies non génétiques.

(p. 27)

En parallèle, Tison (2007) établit que les différences culturelles se reflètent notamment par des convictions, des règles et des coutumes différentes mais également par d'autres façons de vivre, de penser et de communiquer propres à chaque personne. Pour elle, la culture nous est inconsciente et est mise en évidence lorsqu'elle est comparée à celle des autres. C'est également elle qui établit notre distinction socioculturelle (p. V et p. 1).

5.1.1 L'interculturalité

C'est en France que le mot « interculturel » a été conçu et utilisé pour la première fois, il y a plusieurs décennies. Ce terme voulait dire, à ce moment-là, échanger, interagir et créer une relation (Tison, 2007, p. 33).

Par la suite, la définition de l'interculturalité s'est développée. Elle englobe maintenant les notions d' « inter-relations », de partages, de communications et de liens entre deux ou plusieurs cultures (Ladmiral & Lipiansky, 1989, p. 10).

Clanet, cité ici par Tison (2007), partage également cet avis. Pour lui, « l'interculturalité est l'ensemble des processus psychiques, relationnels, groupaux, institutionnels... générés par les interactions de cultures, dans un rapport d'échanges réciproques

et dans une perspective de sauvegarde d'une relative identité culturelle des partenaires en relation » (p. 33).

Chaque contact ou interaction avec une autre personne est un contact ou une interaction interculturelle. Lors de chaque rencontre, il est important de s'adapter à la culture rencontrée afin d'éviter les incompréhensions ou encore les altercations. L'adaptation à une culture différente ne se fait pas aisément, demande du temps, de l'expérience et devrait être souvent étudiée et travaillée dans les formations (Tison, 2007, p. 36-37).

Comme relevé précédemment, cette interculturalité - cette diversité n'est pas un fait récent. Ce qui a changé, c'est l'ampleur qu'elle a prise dans le domaine des soins. Chaque jour, le soignant ou le soigné va à la rencontre de l'autre. Ce thème met en évidence une partie des compétences que le professionnel de la santé devrait avoir lors d'interactions avec des patients étrangers. Cela permettrait d'éviter les problèmes de compréhension et de communication ainsi que les répercussions sur les hospitalisations. Il est donc primordial de conscientiser et de former les professionnels de la santé à ces différences culturelles afin qu'ils puissent apprendre à fournir des soins adaptés et, par la suite, améliorer la qualité des soins (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34 ; Tison, 2007, p.5 et p. 36-37).

5.1.2 Le modèle transculturel de Purnell

Afin de satisfaire au mieux les besoins des patients, le personnel infirmier réalise une prise en charge individualisée mise en place après avoir effectué un recueil de données. Lors de prises en charge interculturelles, il est important que les soignants tiennent compte des facteurs sociaux et culturels dans leur projet de soins, afin de s'ajuster au maximum aux particularités propres des patients étrangers. Pour réaliser des soins culturellement compétents, les professionnels de la santé disposent de différents modèles transculturels (Tison, 2007, p. 152-153).

Une des pionnières en matière de modèles transculturels dans les soins est Madeleine Leininger. Sa théorie date de 1993 et s'appelle « Sunrise model »². Elle rassemble des concepts spécifiques à la culture avec des notions universelles qu'il convient de prendre en compte lors des soins (Tison, 2007, p. 153-154).

Cependant, dans ce travail, c'est le modèle transculturel de Purnell qui sera développé. Celui-ci semble être complet, intéressant par rapport au thème retenu et plus évident à décoder et appliquer.

² Schéma du modèle en Annexe IV (p. XIX)

Purnell (1998), cité par Coutu-Wakulczyk (2003), définit la culture ainsi :

La culture se rapporte à la totalité des patterns* de comportements socialement transmis à l'égard des arts, des croyances, des valeurs, des coutumes et habitudes de vie, de tous les produits du travail humain et des caractéristiques de la pensée des personnes composant la population. La culture guide la perspective, la vision du monde et la prise de décision. Ces patterns explicites et implicites sont appris et transmis à l'intérieur de la famille et partagés par la majorité des membres de même culture ; il s'agit de phénomènes émergents qui changent la réponse à un phénomène global. Or, bien que relevant du domaine de l'inconscient, la culture confère une influence directe ou indirecte puissante sur les perceptions de santé et de maladie.

(p. 34)

Pour Purnell, les termes « transculturels » et « interculturels » sont similaires et veulent dire nouer ou mélanger sa culture avec celle de quelqu'un d'autre. Dans la société actuelle, ce sont les personnes travaillant dans le milieu de la santé qui ont le plus admis et rencontré la répercussion de la diversité culturelle sur leur lieu de travail. Depuis de nombreuses années, les soins infirmiers ont souligné la nécessité d'adapter les soins aux divergences culturelles et personnelles de chacun (cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 35).

Prendre en charge des patients culturellement différents demande donc de l'adaptation de la part du personnel soignant. Des aptitudes et des connaissances spécifiques leur sont également nécessaires. Coutu-Wakulczyk (2003) affirme que :

Dans le modèle transculturel de Purnell, la compétence culturelle signifie :

- 1) devenir conscient de sa propre existence, de ses sensations, de ses pensées et de son environnement sans laisser transparaître l'influence induite de sources extérieures ;
- 2) démontrer une connaissance et une compréhension de la culture du client ;
- 3) accepter et respecter les différences culturelles, et
- 4) adapter les soins de façon congruente* avec la culture du client. La compétence culturelle est un processus conscient et non nécessairement linéaire.

(p. 34)

Arriver à cette compétence culturelle n'est pas chose facile et se développe petit-à-petit selon quatre étapes : « le stade de l'incompétence inconsciente », « l'incompétence consciente », « la compétence consciente » et enfin « la compétence inconsciente ». Peu de professionnels de la santé arriveront au stade ultime. Cependant, il est déjà important de s'intéresser et de connaître sa propre culture, ses propres principes afin de pouvoir,

par la suite, apprendre – décoder celle de l'autre sans interférence (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34-35).

Coutu-Wakulczyk (2003) affirme que la théorie développée par Purnell est « un cadre de référence intégratif, systématique et concis pour l'apprentissage des particularités culturelles, pour les travailleurs et les administrateurs des disciplines de la santé » (p.37). Il démontre la complexité d'une prise en charge et l'importance de s'intéresser – de connaître la culture de l'autre afin de pouvoir le comprendre et le soigner au mieux (p. 35 et 37).

Ce modèle³ est circulaire, représenté sous la forme d'une roue. Il est non linéaire et tient également compte des situations inconnues de notre quotidien (schématisées par le cercle noir du centre). Cette roue est constituée de quatre cercles. Ces cercles sont les aspects macroscopiques de la théorie. Le premier en partant de l'extérieur évoque la société, suivi ensuite par celui de la communauté, de la famille et de l'individu (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 37).

Le 4^{ème} cercle, soit celui représentant la personne, est lui-même séparé en 12 sections reflétant 12 champs culturels différents ainsi que leurs notions spécifiques. Il s'agit des aspects microscopiques de la théorie. Ces domaines sont identiques dans toutes les cultures, liés entre eux et ont un impact sur la santé et les soins (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 37-38).

La notion de « culture » englobe donc de nombreux domaines. Lors de la prise en charge de patients étrangers, il faut tenir compte de ces aspects afin de pouvoir comprendre le patient, le respecter et réaliser une prise en soins individualisée.

Voici les 12 sections, développées dans le modèle de Purnell, relevées dans l'article de Coutu-Wakulczyk (2003), chacune étant encore séparée en sous-thèmes non développés ici :

1. Sommaire, localité habitée et topographie
2. Communication
3. Rôles et organisation de la famille
4. Les questions relatives à la main d'œuvre
5. Ecologie bio-culturelle
6. Comportements à risques élevés pour la santé
7. Nutrition
8. Pratiques durant la grossesse et la gestation
9. Rituels mortuaires

³ Schéma du modèle en Annexe IV (p. XX)

- 10. Spiritualité
 - 11. Pratiques de soins
 - 12. Pratiques des intervenants de la santé.
- (p. 38)

Ce modèle est extrêmement complet, ce qui le rend particulièrement intéressant pour le professionnel de la santé. Il l'aide lors du recueil de données afin qu'il soit le plus approfondi et pertinent possible, notamment sur le plan culturel. Mais il permet également d'étudier – de comprendre les informations récoltées afin de pouvoir adapter la prise en charge dans le but d'améliorer la qualité des soins fournis et l'hospitalisation des patients (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 37-38).

5.2 La communication

La communication occupe une place importante dans notre quotidien. Elle contient toutes les expressions – les réactions relevées et analysées par l'homme. Il peut s'agir de communication verbale ou non verbale et elle peut être faite consciemment ou non. Cette notion est bien plus qu'une simple conversation, c'est un mécanisme social incessant composé de mots, de mouvements ou encore de regards (Tison, 2007, p. 5).

Dans leur livre, DeVito, Chassé & Vezeau (2014) le confirment :

Nous avons vu que tous nos faits et gestes pouvaient servir à communiquer : tant nos paroles que nos silences, tant nos actions que notre passivité. [...] L'idée de communication doit plutôt être assimilée à un processus. Un processus résulte généralement de l'action combinée de plusieurs éléments qui interagissent pour donner un résultat.

(p. 25)

Pour comprendre le processus de la communication, il est important de connaître différents termes. D'après Tison (2007), il est primordial, dans chaque interaction, d'avoir un émetteur et un récepteur bien définis. L'émetteur est la personne qui code et relaie le message. Le récepteur, quant à lui, obtient le message transmis. Ce message peut être défini comme l'étendue des mots – des renseignements à adresser. C'est la partie centrale de chaque communication (p. 6).

D'autres notions importantes sont celles : du canal, du système de communication et du code. Le canal est l'axe de transmission des informations et peut être constitué de mécanismes sonores ou physiques. Afin d'interpréter au mieux le message reçu, il est important de s'appuyer sur le contexte socioculturel de l'interaction. Celui-ci est également appelé système de communication. Le code, quant à lui, comporte l'ensemble des signes qui servent à créer le message et à l'interpréter. Le dernier terme à définir est celui

de filtre. Toute personne recevant une information va la déchiffrer et la comprendre à sa manière. Il existe différents filtres à la communication. Seuls les trois plus intéressants seront développés ici, en adéquation au thème. Premièrement, plus l'information est proche des valeurs, de la culture et des habitudes du récepteur, plus elle sera entendue, acceptée et assimilée. Ensuite, il existe également une attitude que l'on appelle la dissonance cognitive. Celle-ci consiste à écarter ou rabaisser les informations qui sont trop éloignées de nos croyances – nos habitudes. Le dernier filtre développé ici est celui de la surcharge cognitive. Ce filtre tient compte de la quantité d'informations reçues. L'être humain ne peut pas retenir une quantité d'informations illimitées en une seule fois (Tison, 2007, p. 7 et 9).

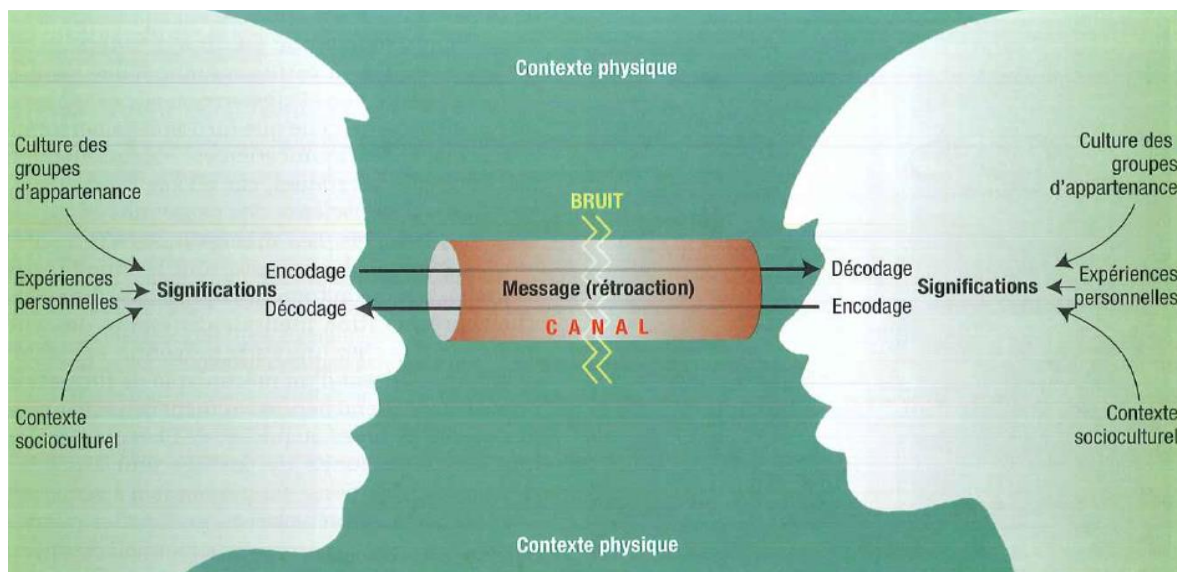


Figure 1. Tiré de DeVito, Chassé & Vezeau, 2014, p. 27

La communication est un processus complexe. Celui-ci peut même sembler impossible lorsque les personnes qui communiquent appartiennent à des cultures différentes ou éloignées. Dans des contextes de communication interculturelle, des incompréhensions ou des mauvaises interprétations peuvent rapidement apparaître. Cependant, des recherches se concentrant sur le domaine de l'interculturalité ont affirmé que la communication est toujours possible malgré les difficultés pouvant être rencontrées (Tison, 2007, p. 5 et 9).

Connaître les autres cultures et leur porter de l'intérêt sont deux éléments essentiels. Cela permet de diminuer, voire d'éviter, beaucoup de mésententes, d'incompréhensions ou de revers. Dans le domaine des soins, avoir des compétences en matière de communication interculturelle est d'autant plus important que ces revers ou ces ignorances peuvent engendrer des conséquences extrêmement graves (DeVito et al., 2014, p. 47 ; Tison, 2007, p. 1).

5.3 L'interprétariat communautaire (le travail en triadologie)

Le terme « interprétariat communautaire » peut se définir comme ceci :

L'interprétariat communautaire désigne la traduction orale (traduction consécutive) d'une langue à l'autre de tout ce qui est dit, en tenant compte de l'origine sociale et culturelle des personnes participant à l'entretien. Il a lieu dans une situation de triadologie – « dialogue à trois » – dans laquelle l'interprète communautaire peut se trouver physiquement sur place ou être en communication par téléphone.

(INTERPRET, s.d., glossaire : définition de l'interprétariat communautaire)

Différents milieux, notamment celui de la santé, ont recours à l'utilisation d'interprètes professionnels. Le but principal est d'assurer la compréhension entre un professionnel et une personne étrangère ne partageant pas la même langue. Ces interprètes sont en général des gens ayant également connu la migration et ils ont suivi une formation spécifique. En Suisse, il existe deux niveaux de qualification : le certificat « INTERPRET » d'interprète communautaire et le brevet fédéral de spécialiste en interprétariat communautaire et médiation interculturelle. L'association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle est l'association « INTERPRET ». Elle a été créée en 1999 et est une société indépendante (<http://www.inter-pret.ch/>).

En parallèle, dans chaque canton, il existe des services régionaux d'interprétariat. En Valais, ce service se nomme « AVIC » (association valaisanne pour l'interprétariat communautaire) et est membre d' « INTERPRET ». Cette association a été fondée en 2002 par un groupe d'anciens migrants vivant dans le canton. Actuellement, l'AVIC compte 48 interprètes parlant plusieurs dizaines de langues différentes (<http://www.interpretavic.ch/>).

Les principaux objectifs de l'AVIC sont :

- offrir une meilleure communication entre communauté d'accueil et communauté d'origine ;
- sensibiliser les personnes, les institutions au niveau des cultures, des coutumes et modes de vie des migrants ;
- prévenir les situations conflictuelles ;
- permettre aux migrants de s'exprimer dans leur langue maternelle ;
- favoriser l'autonomie et la qualité de vie des migrants.

(AVIC, 2010, nos objectifs)

Comme relevé précédemment, les soignants sont régulièrement amenés à prendre en charge des patients migrants – immigrés. Dans leur livre, Pickel, Bischoff et Loutan

(2002) ont relevé l'importance d'utiliser des professionnels formés en interprétariat lors de situations nécessitant une traduction :

Au cours de ces dernières années, des hôpitaux, de nombreux services de soins, des services infirmiers ou sociaux, des praticiens ont perçu les limites et les dangers d'utiliser comme interprètes des proches ou des traducteurs « ad hoc » non formés, et donc incapables d'offrir au soignant les prestations attendues. Faire appel à des interprètes professionnels, capables de faire un pont linguistique et culturel entre soignant et soigné, devient alors incontournable. L'interprète communautaire permet non seulement le dialogue de base, mais l'élargit à une relation à trois plus riche, le triologie dans laquelle il joue le rôle clef de carrefour entre soignant et patient.

(p. 4)

Travailler en collaboration avec des interprètes n'est pas chose facile. Cela demande du temps, de la préparation et des comptes-rendus fréquents. L'interprète est plus qu'un traducteur. Il apporte une véritable aide, c'est un allié avec qui les soignants devraient collaborer afin d'augmenter les chances d'être efficaces dans la prise en charge à trois (Bischoff & Loutan, 1998, p. 11).

Suivre une procédure précise lorsqu'une prise en charge nécessite l'utilisation d'un interprète pourrait aider le soignant. Cela faciliterait l'organisation et la collaboration entre le professionnel de la santé et celui de l'interprétariat.

Dans leur livre, Bischoff et Loutan (1998) développent, en quatre phases, la marche à suivre lors d'un rendez-vous en triologie : avant, au début, pendant et après l'entretien (p. 11-17).

Dans la phase initiale, ils rappellent notamment qu'il est important de préparer l'entretien avec l'interprète avant chaque consultation. Il faudrait clarifier le but, les sujets à traiter et les attentes en matière de traduction dès le départ. Se renseigner sur la culture des patients et leur situation actuelle est tout aussi primordial. Il faut rappeler au professionnel de l'interprétariat le temps prévu pour l'entretien et qu'il est contraint au secret de fonction (Bischoff & Loutan 1998, p. 11-14).

Ensuite, au début de l'entretien, les présentations doivent être faites, les rôles clarifiés et expliqués tout comme la notion de secret professionnel. L'avis du patient à propos de l'interprète doit toujours être pris en compte. Il est également impératif que, durant l'entretien, le professionnel de la santé regarde et parle directement au patient et non pas à l'interprète (Bischoff & Loutan 1998, p. 14-15).

Durant la phase trois, Bischoff et Loutan (1998) mettent en évidence qu'il faut se montrer patient, utiliser un langage approprié et contrôler la compréhension du patient et des différents professionnels. Le soignant doit absolument garder le contrôle sur la consultation et stimuler le malade à parler et questionner en cas de besoin (p. 15-16).

Après l'entretien, le soignant et l'interprète doivent garder un moment afin de faire un bilan. Si des sujets sensibles ont été traités, il est important d'en parler. Comme pour chaque soin, il faudra écrire dans le dossier du patient l'entretien effectué et la présence de l'interprète avec son nom, son adresse et son numéro de téléphone (Bischoff & Loutan, 1998, p. 16-17).

Pour terminer, ils appuient le fait que la collaboration avec une troisième personne lors d'une consultation médicale ou soignante enrichit beaucoup la relation. L'objectif premier de l'entretien est de communiquer. Cependant, par la suite, il faut créer une relation plus profonde et de confiance avec le patient. Pour y parvenir, le professionnel en interprétariat communautaire joue un rôle primordial. C'est un véritable partenariat (Bischoff & Loutan, 1998, p. 51-52).

6 Méthode

6.1 Devis de recherche

Le devis de recherche^{**4} choisi pour aborder la thématique de ce travail de Bachelor est une revue de la littérature. Cette méthode consiste à recenser les différents écrits publiés au sujet de la question de recherche, afin d'approfondir ses connaissances et de faire un bilan de la situation actuelle.

Une revue systématique est le fruit d'une démarche scientifique rigoureuse constituée de plusieurs étapes bien définies, incluant une recherche de littérature systématique, une évaluation de la qualité de chaque étude, une synthèse, quantifiée ou non, des résultats obtenus. Le résultat de ce travail permet de conclure à l'efficacité, ou non, d'un soin mais parfois aussi à l'absence de données scientifiques rigoureuses.

(Cochrane Suisse, 2016, les revues systématiques (systematic reviews))

Deux paradigmes^{**} sont en général utilisés lors de recherches infirmières : le paradigme naturaliste^{**} et le paradigme positiviste^{**}. Le premier est généralement affilié à la recherche qualitative^{**}, tandis que le second, lui, est plutôt associé à la recherche quantitative^{**} (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 15-16).

Dans ce travail, sept études, principalement disciplinaires et répondant à la question de recherche, ont été sélectionnées. Cinq d'entre elles font partie du paradigme naturaliste utilisant des méthodes qualitatives. Les deux dernières études, quant à elles, utilisent des méthodes quantitatives s'inscrivant donc dans le paradigme positiviste.

6.2 Collecte des données

Afin d'écrire cette revue de la littérature et de se familiariser au mieux avec la thématique de ce travail, des recherches ont été effectuées et de nombreuses informations ont été récoltées à travers différents supports, notamment des livres, des sites internet, des articles ou encore des études.

Après avoir réalisé le cadre théorique, les études ont été recherchées dans différentes bases de données telles que CINAHL, BDSP, PubMed ou encore Cochrane. Toutes les études retenues ont été exclusivement sélectionnées dans deux d'entre elles : CINAHL, qui est une base de données infirmières et PubMed. Ces recherches ont été effectuées dans la période de septembre 2015 à mars 2016.

Ces bases de données ont permis d'avoir accès à un large panel d'études et d'articles scientifiques offrant un approfondissement des connaissances et des données

⁴ Tous les termes suivis de « ** » sont définis dans le glossaire méthodologique se trouvant également en Annexe III (dès p. XII)

liées à la thématique. La recherche d'études a été faite en partant de différents mots-clés, traduits en anglais afin de faciliter les recherches grâce au vocabulaire MeSH et à un site internet (<http://www.wordreference.com/>). Pour relier ces différents mots, un seul opérateur booléen a été utilisé dans toutes les bases de données : le mot « AND ». Voici la liste des termes utilisés et leur traduction ainsi qu'un tableau récapitulatif :

| | |
|---|--------------------------|
| culture → culture | interprète → interpreter |
| utilisation des interprètes → use of interpreters | migrant → migrant |
| langue étrangère → foreign language | expérience → experience |
| communication → communication | perception → perception |
| soins de santé → health care | Europe → Europe |
| barrières à la communication → communication barriers | |

| Base de données | Mots-clés utilisés | Etudes obtenues | Etudes gardées |
|-----------------|--|-----------------|----------------|
| CINAHL | culture AND migrant AND interpreter | 11 | 1 |
| | communication barriers AND use of interpreters AND health care | 82 | 2 |
| | perception AND use of interpreters AND health care | 14 | 2 |
| | health care AND migrant AND experience | 9 | 1 |
| PubMed | communication AND foreign language AND interpreter AND health care | 21 | 2 |

6.3 Sélection des données

6.3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion des études

Afin de cibler au mieux les études et de sélectionner celles étant les plus adéquates par rapport au thème de ce travail et à la question de recherche, il a fallu définir différents critères d'inclusion** et d'exclusion**.

Voici les critères d'inclusion : études ayant une population** spécifique (au moins un des membres du triologie) ; études parlant de prises en charge hospitalières médicales ou soignantes de personnes étrangères ; études exposant soit les difficultés ou les faci-

tés rencontrées lors de ces prises en charge, soit les techniques utilisées pour parvenir à gérer au mieux ces situations ou les différentes perceptions des membres du triologue ; études publiées officiellement, tirées de bases de données scientifiques et datées de 2010 à 2015 (exception faite, en accord avec le directeur de ce travail, pour une des études qui est parue en 2009 mais qui s'est révélée intéressante) et études en français ou en anglais, afin de pouvoir évaluer au mieux la pertinence de chaque étude.

Voici les critères d'exclusion choisis : toutes études parlant du même thème mais dans un autre domaine que celui de la santé et toutes études ne comptant pas du personnel infirmier dans les échantillons** composés de professionnels de la santé.

Aucune exclusion n'a été faite par rapport aux pays de provenance des patients migrants ou immigrés, ainsi que par rapport aux lieux de réalisation des études. Au contraire, cela a permis de montrer plusieurs expériences et de mettre en évidence des similitudes entre ces différents pays. Une lecture des résumés et des résultats de chaque étude trouvée a été réalisée avant la sélection définitive des sept études.

6.3.2 Pyramide des preuves

Dans le but de déterminer la qualité méthodologique des études choisies, le niveau de preuve de chacune d'elles a été répertorié. Pour cela, la pyramide des preuves suivante a été utilisée :

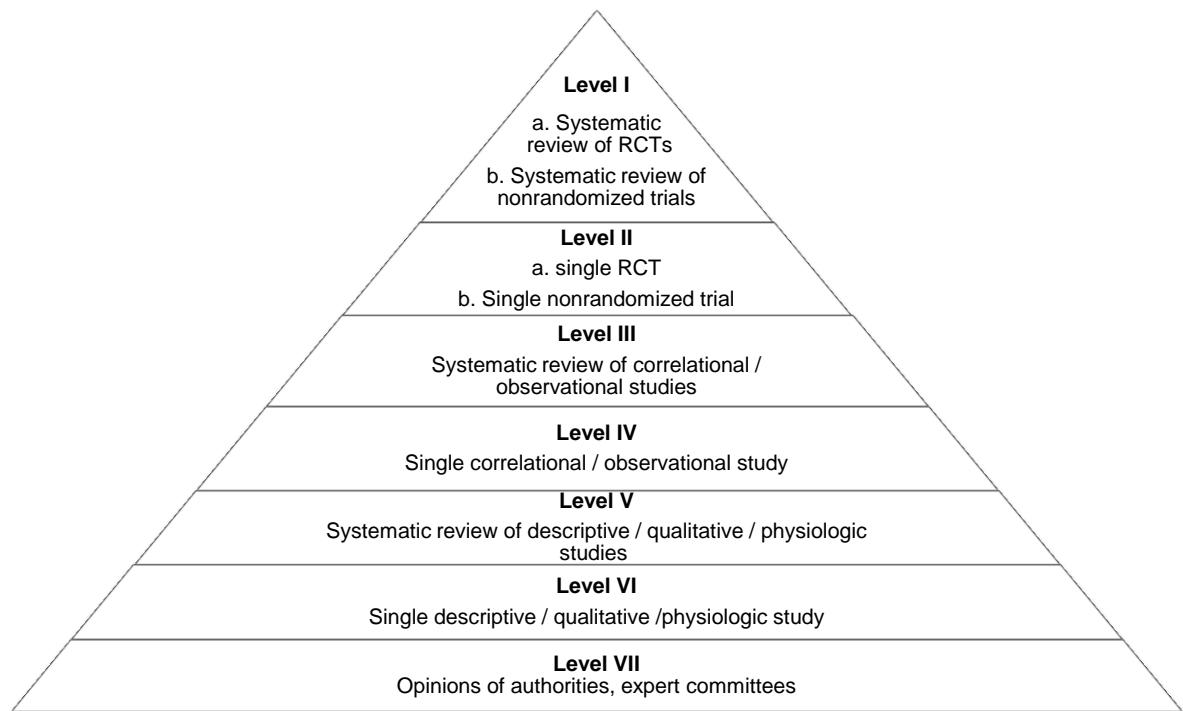


Figure 2. Tiré de Polit & Beck, 2012, p. 28

6.3.3 Considérations éthiques

Dans ce travail, toutes les informations – tous les écrits utilisés ont été sourcés et bibliographiés selon la 6^{ème} édition des normes de l’American Psychological Association (APA). Ce guide permet d’aider dans la rédaction des citations ainsi que des références bibliographiques et d’éviter le plagiat.

L’analyse des études a permis de montrer les normes – les valeurs éthiques de chaque auteur. La plupart des études choisies ont été validées par un comité d’éthique et mettaient en avant le respect de l’anonymat, l’importance d’un consentement éclairé** et la confidentialité. Lors du choix des études, il était important de prendre en compte ces différents éléments, car ils améliorent la fiabilité et le bien-fondé de ces études. Ces notions ont été respectées tout au long de ce travail.

6.4 Analyse des données

Afin de simplifier l’analyse des données et la réalisation de la section suivante, un tableau de recension détaillé a été effectué pour chaque étude. Ces sept tableaux sont répertoriés en annexe (Annexe I).

Une analyse étude par étude a ensuite été effectuée afin de relever les principaux résultats de chacune d’elles et leurs incidences sur la question de recherche de ce travail. La description de chaque étude, ainsi que leur validité méthodologique, leur pertinence clinique et leur utilité pour la pratique ont été développées.

Etudes retenues pour cette revue de la littérature :

| Noms des auteurs | Titre de l'étude | Année | Niveau de preuve | Base(s) de données |
|--|--|--------------|-------------------------|---------------------------|
| McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M. M. & Tuohy, D. | Conversations through barriers of language and interpretation | 2013 | Niveau VI | CINAHL |
| Hadziabdic, E., Heikkilä, K., Albin, B. & Hjelm, K. | Migrants' perceptions of using interpreters in health care | 2009 | Niveau VI | CINAHL & PubMed |
| Butow, P. N., Lobb, E., Jefford, M., Goldstein, D., Eisenbruch, M., Girgis, A., King, M., Sze, M., Aldridge, L. & Schofield, P. | A bridge between cultures : interpreters' perspectives of consultations with migrant oncology patients | 2012 | Niveau VI | CINAHL |
| Eklöf, N., Hupli, M. & Leino-Kilpi, H. | Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland | 2015 | Niveau VI | CINAHL |
| Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Puigpinosi Riera, R., Sarvary, A., Soares, J. JF., Stankunas, M., Strassmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M. & Bogic, M. | Good practice in health care for migrants : views and experiences of care professionals in 16 European countries | 2011 | Niveau VI | CINAHL |
| Kale, E. & Raza Syed, H. | Language barriers and the use of interpreters in the public health services : A questionnaire-based survey | 2010 | Niveau VI | CINAHL |
| Bischoff, A. & Hudelson, P. | Communicating with foreign language-speaking patients: is access to professional interpreters enough? | 2010 | Niveau VI | PubMed |

7 Résultats

7.1 Description de l'étude 1

| |
|--|
| McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M. M., & Tuohy, D. (2013). Conversations through barriers of language and interpretation. <i>British Journal of Nursing</i> , 22(6), 335-339. |
|--|

Cette étude est une étude qualitative descriptive**, faisant partie du paradigme naturaliste. Réalisée en Irlande, elle a été publiée en 2013 dans le *British Journal of Nursing*. Cette recherche visait à décrire les expériences infirmières face aux barrières linguistiques et à l'utilisation d'interprètes dans un contexte de soins, ainsi qu'à clarifier les connaissances liées à la communication avec des patients de culture différente.

Après avoir reçu une affiche annonçant et expliquant l'étude, sept volontaires ont accepté d'y participer (5 femmes et 2 hommes). Ils devaient tous être infirmiers-ères et avoir déjà prodigué des soins à des patients de culture étrangère. Les participants travaillaient dans différents domaines du service de santé irlandais (5 en soins généraux et 2 en psychiatrie) et avaient différents degrés d'expérience professionnelle (de 3 à 30 ans). La collecte des données a été réalisée sous forme d'entretiens individuels semi-structurés** (aucune date n'a été précisée). Les chercheurs ont ensuite effectué individuellement une analyse thématique initiale des données. Puis, ils se sont réunis et deux catégories centrales sont ressorties de l'analyse de ces entretiens : les conversations limitées et les façons de parler.

Les principaux résultats ont montré que les barrières linguistiques avaient un impact important sur les soins infirmiers. Les processus de communication étaient souvent tendus et les conversations limitées lors d'une divergence linguistique entre soignants et patients. Ne pas comprendre les patients engendrait de nombreuses répercussions (sur la réalisation d'un recueil de données – sur la gestion de la douleur), diminuait la qualité des soins et faisait se sentir inconfortables les participants. Les principales stratégies utilisées pour combler ces difficultés étaient la simplification et la décomposition des informations ou encore l'utilisation de la créativité dans les expressions non verbales. Parfois, les participants ont jugé nécessaire d'utiliser des interprètes (formels ou informels). Lors de l'utilisation d'interprètes professionnels, plusieurs avantages et inconvénients ont été relevés tels que : une bonne objectivité, une image fidèle de la situation, un manque de continuité et un besoin de formation. De plus, certains participants ont même estimé que la famille ou les amis pouvaient leur cacher des renseignements. Le recours à des interprètes peut éclairer l'évaluation des situations et les soins prodigués, mais il existe des difficultés à propos de leur utilisation et de l'accès aux services d'interprétariat.

7.1.1 Validité méthodologique

Chaque participant a, notamment, ses propres expériences et façons de penser, ce qui engendre une compréhension individuelle de chaque situation. Les analyses de ces interprétations subjectives et différentes ont pour but de faire ressortir une compréhension globale de la réalité. Cette étude met l'accent sur les expériences vécues par chaque participant et les significations données pour chacune d'elles. C'est pour cela que le choix d'utiliser, dans cette recherche, une étude qualitative descriptive suivant une approche phénoménologique** est adéquat.

Pour créer l'échantillon, il est possible de déduire qu'un échantillonnage** non probabiliste** intentionnel** a été adopté par les chercheurs. Durant les entretiens individuels semi-structurés réalisés pour la collecte des données, un guide** a été utilisé. Cela a permis aux chercheurs d'examiner les domaines importants et d'assurer le suivi des questions. Chaque entretien a commencé par une question ouverte demandant de décrire leurs expériences infirmières avec des patients étrangers. Menés dans un endroit neutre pour maximiser l'anonymat et encourager le dialogue, tous les entretiens ont été enregistrés. Lors de l'analyse des données, les chercheurs ont réécouté et retranscrit fidèlement les informations (verbatim insérés dans le texte). Ensuite, afin d'identifier, d'analyser et de décrire les tendances des données recueillies, les chercheurs ont effectué une analyse thématique de manière indépendante, sans utiliser de logiciel. Puis, ils se sont réunis et ont atteint un consensus* sur les thèmes principaux.

Les notions d'éthique ont été respectées : approbation reçue par un comité d'éthique de la recherche** ; anonymat et protection des données préservés ; consentement éclairé et explicatif de l'étude transmis ; aucun conflit d'intérêt signalé et données gérées selon les directives de meilleures pratiques de l'Agence de protection des données.

Selon les auteurs, la recherche visait uniquement à décrire les expériences des participants face aux barrières linguistiques et au recours à des interprètes dans une région d'Irlande. Elle n'est donc pas forcément transférable** à une population plus large.

7.1.2 Pertinence clinique

Cette étude a été utilisée dans cette revue de la littérature, car elle aborde exactement les objectifs de ce travail. Elle relève différentes techniques de communication utilisées par les infirmiers-ères irlandais-es et parle de l'utilisation des interprètes en citant quelques avantages et inconvénients.

Selon les auteurs, bien que les résultats obtenus ne soient pas forcément transférables, ils confirment différents travaux antérieurs et peuvent contribuer à la discussion

concernant l'initiation et le maintien de relations de soins avec des personnes de culture différente. Cette étude amène à une visualisation de quelques points à améliorer dans ce type de prises en charge afin de les faciliter et de parvenir à une qualité des soins optimale, mais n'apporte pas de solutions concrètes.

7.1.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats obtenus permettent de mettre en évidence les ressentis, les expériences et quelques difficultés rencontrés par les professionnels de la santé lors de prises en charge interculturelles. Cette étude montre la complexité de ces prises en charge et met en avant quelques pistes d'amélioration. Elle souligne l'utilité et l'importance de travailler en collaboration avec les interprètes professionnels, tout en relevant les problèmes qui persistent autour de cette thématique. C'est pour cela qu'il est primordial d'apprendre à travailler ensemble afin d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients étrangers.

Les participants ont relevé un besoin de formation supplémentaire pour s'améliorer dans les prises en charge de personnes étrangères. Ils demandent également un meilleur accès aux services d'interprétariat et une meilleure continuité dans la collaboration soignant-interprète-patient (améliorer la disponibilité des ressources).

7.2 Description de l'étude 2

Hadziabdic, E., Heikkilä, K., Albin, B., & Hjelm, K. (2009). Migrants' perceptions of using interpreters in health care. *International Nursing Review*, 56, 461-469.

Faisant partie du paradigme naturaliste, cette étude est une étude qualitative descriptive et exploratoire**. Publiée dans l'*International Nursing Review* en 2009, elle a été réalisée en Suède. Le but de cette recherche était de décrire la façon dont les patients venant de l'ex-Yougoslavie et habitant en Suède avaient perçu le recours à des interprètes (formels ou informels) dans les services de soins.

L'échantillon était composé de participants devant être de langue maternelle serbo-croate (bosniaque – croate – serbe) ainsi qu'avoir utilisé des interprètes à plusieurs reprises durant les 6 derniers mois et dans les différents services de soins. Dix-sept personnes ont pris part à cette étude (10 femmes et 7 hommes). Elles étaient âgées de 29 à 74 ans (médiane** : 55 ans) et toutes avaient un titre de séjour*. Afin de réaliser la collecte des données, des entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés entre janvier 2006 et février 2007. Chaque entretien a duré environ une heure. Seize d'entre eux ont été menés à la maison et un dans un bureau. Toutes les informations transmises et tous les entretiens ont été réalisés en serbo-croate par le premier auteur, qui est bilingue. Afin

d'analyser les données recueillies, les chercheurs ont utilisé les principes de la phénoménographie** (7 étapes détaillées dans la prochaine section). L'analyse a mis en évidence trois catégories descriptives : les conditions préalables à une bonne situation d'interprétation, les aspects de satisfaction – d'insatisfaction lors de situations d'interprétation et les mesures pour faciliter - améliorer la situation de l'interprète et de l'interprétation. Aucun rapport hiérarchique n'a été trouvé entre ces trois rubriques.

Les résultats ont montré que les compétences, l'attitude et l'apparence de l'interprète ainsi qu'un environnement approprié étaient des conditions préalables importantes pour une bonne situation d'interprétation. L'interprète a été perçu comme un outil de communication et un guide dans le système de soins en matière d'informations et de questions pratiques. Les participants ont été satisfaits du travail des interprètes et en confiance lorsque ceux-ci montraient du respect - de l'empathie, respectaient la confidentialité, inspiraient la sécurité - le calme, les traitaient avec bienveillance et avaient une attitude professionnelle et neutre. Ils ont relevé différents points d'insatisfaction, notamment le manque de planification des rendez-vous, de continuité dans la prise en charge et même de compétences des interprètes. Parfois, ils estimaient être incertains quant à la confiance pouvant être accordée aux interprètes et à la confidentialité des informations transmises. Les participants ont également relevé un sentiment de dépendance et une diminution de la vie privée dans la relation de soins. Ils préféraient généralement utiliser un interprète professionnel en face à face pour la traduction.

7.2.1 Validité méthodologique

Cette étude qualitative descriptive et exploratoire utilise une approche phénoménographique. Le but de cette étude étant de décrire les perceptions des patients, l'utilisation de cette approche, dans cette recherche, est tout à fait adéquate.

Un échantillonnage intentionnel a été utilisé dans cette étude. Les représentants des établissements d'éducation pour les adultes migrants et les associations d'immigrés pour les ex-Yougoslaves ont été contactés pour inviter les gens à participer à la recherche. Un guide d'entretien élaboré en fonction de la littérature et évalué par un chercheur expert en communication transculturelle a été adopté pour réaliser les entretiens individuels semi-structurés. De plus, afin de l'évaluer encore une fois, deux interviews pilotes ont été faites : des petites corrections de langue et dans l'ordre des questions ont été effectuées afin de pouvoir les inclure dans l'étude. Tous les entretiens, réalisés en serbo-croate par le chercheur bilingue, ont été traduits en suédois par ce dernier pour faciliter l'analyse. Les chercheurs ont décidé d'utiliser les sept étapes spécifiques aux principes phénoménographiques décrites par Sjöström et Dahlgren (2002) pour analyser les

données : 1) La Familiarisation** ; 2) La Compilation** ; 3) La Condensation** ; 4) Le Groupement – Le Classement** ; 5) La Comparaison** ; 6) L'Etiquetage** ; 7) Le Contraste - Contrastant**.

Différentes notions éthiques ont été respectées : le consentement éclairé écrit a été obtenu pour chaque participant et la confidentialité a été assurée (cassettes audio et transcriptions rendues anonymes et codées en numéros, identité des gens dissimulée et informations stockées dans un espace verrouillé). De plus, étant donné que chaque entretien a été réalisé en serbo-croate, toutes les traductions effectuées par le chercheur ont été vérifiées par un traducteur professionnel, afin d'éviter les erreurs.

7.2.2 Pertinence clinique

Cette étude a été choisie, malgré qu'elle ait été publiée en 2009, car elle étudie les avis des patients migrants face à la thématique de l'interprétariat. Développer leur point de vue dans ce travail semble être très intéressant et important.

Les chercheurs affirment avoir assuré la crédibilité** de la recherche par le biais de citations (verbatim), qui soutiennent la pertinence des propos. Le premier auteur a identifié les catégories ressorties grâce à la réalisation, la transcription, la traduction des entretiens et l'analyse des données. Les co-auteurs ont ensuite revérifié le contenu des catégories afin de confirmer la pertinence. De plus, la crédibilité semble être assurée par la façon dont les différences et les similitudes entre les répondants ont été prises en charge et analysées.

La population étudiée venait du même endroit démographique et était composée de gens d'âge, de sexe, de niveau d'éducation et de temps de résidence en Suède différents. Cette population représentait donc un large éventail d'expériences, ce qui permettrait, selon Marton et Booth (1997), de couvrir les différentes variations possibles au sein d'un groupe de personnes. De plus, le choix de population n'a pas été fait au hasard. Les personnes d'ex-Yougoslavie parlant le serbo-croate constituent le 2^{ème} plus grand groupe de migrants vivant en Suède.

Dans cette étude, un chercheur bilingue venant du même groupe ethnique que les répondants et n'ayant aucun rapport professionnel ou privé avec eux a été utilisé. Cela aurait permis de diminuer les obstacles liés à la communication et les problèmes de traduction.

7.2.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Différents points pratiques sont ressortis dans cette étude : le besoin de formations supplémentaires des professionnels de la santé et des interprètes, l'importance d'éviter

l'utilisation d'interprètes informels et d'utiliser un interprète (en face à face ou par téléphone) seulement avec l'accord du patient, le besoin de faciliter l'accès à des interprètes professionnels et, si possible, de planifier en avance les rendez-vous, ainsi que trouver des moyens pour guider les patients dans le système de santé.

En tenant compte des perceptions des migrants face à l'utilisation d'interprètes dans un service de soins, cette étude a relevé la nécessité de revoir les organismes de santé et leurs lignes directrices face à cette thématique afin d'améliorer la qualité des soins.

7.3 Description de l'étude 3

Butow, P. N., Lobb, E., Jefford, M., Goldstein, D., Eisenbruch, M., Girgis, A., ... Schofield, P. (2012). A bridge between cultures: interpreters' perspectives of consultations with migrant oncology patients. *Support Care Cancer*, 20, 235-244.

Publiée en 2012 dans le journal *Support Care Cancer*, cette étude a été menée en Australie, dans deux services d'interprétariat. Cette recherche a pour objectif de comprendre la perception des interprètes à propos de leur rôle, des principales difficultés rencontrées par les interprètes dans le cadre de leur travail au sein d'un service d'oncologie et leurs besoins de formation et de soutien. Elle cherche à mettre en évidence le point de vue des interprètes professionnels. Pour cela, les auteurs ont choisi d'utiliser une approche qualitative, faisant partie du paradigme naturaliste.

L'échantillon est composé de trente interprètes (n=30), chacun d'entre eux ayant été recruté dans les services d'interprétariat de Victoria et de Nouvelle-Galles du Sud, en Australie. Les critères d'inclusion de participation à l'étude étaient les suivants : âge minimum de 18 ans, formation en interprétation, traduire le chinois (n=11), l'arabe (n=12) ou le grec (n=7) dans le domaine de l'oncologie. L'échantillon était composé de 18 hommes et 12 femmes (informations contradictoires dans l'étude) âgés entre 27 et 72 ans (moyenne** : 48 ans). Le degré d'acculturation*, le nombre d'années en Australie, le pays de naissance, le niveau d'éducation, la compréhension de la terminologie médicale et le niveau d'accréditation et d'expérience en interprétariat variaient entre chacun. Afin de collecter les données (aucune date indiquée), les interprètes ont été invités à participer à des groupes de discussion d'une heure et demie ou deux heures. Chaque groupe était constitué de 5 à 7 participants et animé par des chercheurs. Pour guider les groupes, des questions spécifiques explorant les trois objectifs de l'étude ont été utilisées. Chaque groupe de discussion a été analysé en utilisant une analyse phénoménologique interprétative** (IAP).

Les interprètes étaient dans l'ensemble clairs face à leurs différents rôles : transmettre les informations, assurer la compréhension, être précis, confidentiel et impartial.

Les participants ont également relevé trois dilemmes qu'ils rencontrent au quotidien : être précis VS* assurer la compréhension, traduire simplement VS avoir une sensibilité culturelle (médiateur culturel) et être professionnel - garder une certaine distance VS être un soutien. Quatre autres défis à l'interprétation ont été soulevés. Le premier était la continuité dans la relation patient-interprète. Certains participants trouvaient cela important car une relation de confiance pouvait alors être construite tandis que d'autres pensaient qu'elle augmentait la probabilité de s'impliquer émotionnellement. Le deuxième défi était la charge émotionnelle. Certaines situations engendraient un impact émotionnel important et peu de soutien leur était donné. Le suivant était les membres de la famille et le quatrième l'interprétariat téléphonique. Les proches pouvaient cacher des informations ou mal traduire, tandis que l'utilisation accrue de l'interprétariat téléphonique n'était pas appréciée. Cela rendait impossible l'observation du langage corporel et n'était pas adéquat pour livrer des nouvelles sensibles ou mauvaises. Une formation et un soutien seraient nécessaires pour améliorer la compétence des interprètes dans la gestion de situations délicates d'un point de vue professionnel, culturel et psychologique. Cela améliorerait la collaboration entre professionnels et assurerait une communication culturellement compétente. Cela augmenterait le bien-être des interprètes et la qualité des soins prodigués.

7.3.1 Validité méthodologique

Cette étude qualitative utilise également une approche phénoménologique. L'objectif de cette étude étant de comprendre les perceptions des interprètes lors de prises en charge de patients migrants, cette approche semble être adéquate.

Cette recherche fait partie d'une étude plus vaste cherchant à explorer les besoins des Chinois, Grecs et Arabes atteints de cancer en Australie. C'est pour cela que seuls des interprètes de ces trois langues ont été choisis dans cette étude. D'après les informations reçues dans l'étude, il a été déduit qu'un type d'échantillonnage non probabiliste a été retenu pour créer l'échantillon. Tous les interprètes ayant été invités à participer à l'étude ont répondu présents, avec un taux de réponse de 100%. Malgré la présence de différents groupes linguistiques (chinois, arabe et grec), toutes les données ont été traitées ensemble car aucune différence nette n'était évidente entre eux.

La collecte des données et le recrutement ont continué jusqu'à arriver à saturation des données** après quatre groupes de discussion, raison pour laquelle les chercheurs n'en ont pas effectué un cinquième. Pour analyser les données récoltées durant les groupes de discussion, les chercheurs ont choisi l'analyse phénoménologique interprétative. Après l'enregistrement de tous les groupes de discussion sur bandes audio et la retranscription, deux chercheurs ont lu indépendamment, analysé le contenu et élaboré un

ensemble de thèmes et sous-thèmes de chaque groupe. Par la suite, les ensembles ont été comparés, les disparités discutées et un schéma de codage final a été convenu. Les transcriptions ont ensuite été codées thématiquement ligne par ligne par les deux chercheurs et les caractéristiques des citations identifiées. Pour faciliter ce processus, le logiciel N-Vivo a été utilisé. Lors de la retranscription des données, des citations directes (verbatim) ont été introduites dans le texte afin, semble-t-il, d'augmenter la crédibilité des résultats obtenus.

Tandis que pour les notions d'éthique, les auteurs affirment simplement n'avoir eu aucun conflit d'intérêt.

7.3.2 Pertinence clinique

L'utilisation de cette recherche dans ce travail a permis d'avoir un point de vue différent face à la thématique. En effet, après avoir analysé les perceptions des migrants, cette étude met en avant les expériences et les besoins des interprètes professionnels.

D'après les auteurs, ce document est le premier à explorer les perspectives d'interprétation lors de consultations en oncologie adulte. Dans cette étude, les interprètes avaient fourni des services d'interprétation dans différents services hospitaliers, l'oncologie était seulement l'un des cadres dans lesquels ils avaient travaillé.

Les auteurs affirment que les mots des participants font notamment écho au travail de Hsieh (2006-2007) et que de plus amples recherches sont nécessaires pour déterminer comment intégrer le plus efficacement les interprètes dans l'équipe pluridisciplinaire, articuler leur rôle et leur fournir des orientations appropriées de formation et de soutien.

7.3.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Les interprètes professionnels participant à l'étude ont exprimé un besoin de formation continue dans la terminologie médicale et dans les compétences de base. Ils souhaitaient être accompagnés par un interprète qualifié lors de leur formation, faire des bilans après des consultations émotives et apprendre des stratégies pour gérer les émotions. Les participants ont fourni des suggestions pour optimiser la consultation en triologie et ont relevé des défis majeurs : la continuité dans les prises en charge, l'impact émotionnel, les proches du patient et l'interprétariat téléphonique.

Prendre en compte les expériences et les souhaits des interprètes professionnels permettrait d'améliorer le bien-être des interprètes et les soins prodigués aux patients migrants-immigrés.

7.4 Description de l'étude 4

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.

S'insérant dans le paradigme naturaliste, cette étude est une étude qualitative descriptive. Elle a été réalisée en 2008 dans un centre de soins d'une ville du sud de la Finlande et avait pour objectif de décrire les perceptions infirmières à propos des facteurs à considérer lors de l'utilisation d'interprètes lors de soins envers des patients étrangers.

Vingt infirmières de santé publique responsables des questions d'immigration dans leur service ont été contactées par courrier. Huit d'entre elles ont accepté de participer à l'étude (n=8). Toutes étaient des femmes et avaient entre 4 et 12 années d'expérience dans les soins (moyenne de 8 ans). Les données ont été recueillies grâce à des entretiens individuels semi-structurés. Réalisés dans un environnement calme, les entretiens ont duré environ 60 minutes et ont été enregistrés et transcrits. Afin de traiter les informations recueillies, une analyse inductive de contenu** a été réalisée. Elle a révélé trois catégories principales de facteurs à considérer : les facteurs liés à l'interprète, les facteurs liés à l'infirmière et à l'organisation des soins de santé et les facteurs liés aux patients et leur culture⁵.

Les résultats ont démontré que l'utilisation d'un interprète est une question complexe et dépendante de plusieurs facteurs. De nombreuses questions pratiques et éthiques doivent être prises en considération dès le début de la prise en charge. Les notions de coûts, d'accessibilité et de disponibilité des services d'interprétariat, de compétences ou encore de rôles sont des défis mentionnés qui peuvent avoir un impact sur la continuité et la qualité des soins. Le manque de formation spécifique peut également avoir un effet sur la volonté des infirmières de santé publique à recourir à des interprètes ou à s'occuper des patients migrants - immigrés.

7.4.1 Validité méthodologique

Afin de répondre à l'objectif et à la question de recherche de cette étude, une approche qualitative descriptive de type phénoménologique a été choisie.

Les participantes ont été sélectionnées par un échantillonnage intentionnel. Une liste de vingt adresses électroniques d'infirmières de santé publique responsables des questions d'immigration dans leur service de soins a été utilisée pour créer l'échantillon. Chaque infirmière faisait partie d'un service différent et huit ont accepté de faire partie de

⁵ Les trois schémas des facteurs à considérer de l'étude 4 sont disponibles en Annexe IV (p. XXI)

l'étude. Le sud de la Finlande a été choisi car plus de la moitié des immigrants – des migrants y vivent (Statistics Finland, 2011).

Tous les entretiens individuels semi-structurés ont été guidés par la question suivante : Quels facteurs doivent être pris en considération lors de l'utilisation des interprètes lors de soins de santé primaires chez des patients migrants – immigrants ? Après la collecte des données, toutes les informations ont été analysées par les chercheurs en utilisant une méthode d'analyse inductive de contenu décrite par Graneheim et Lundman (2004). Les entretiens transcrits ont été lus à plusieurs reprises afin d'améliorer la compréhension de l'ensemble des données. Les informations ont ensuite été divisées en unités et condensées en sous-catégories, puis en catégories en fonction de leur similarité.

Les notions d'éthique suivantes ont été respectées : obtention de l'autorisation de la recherche auprès des centres de soins concernés, informations nécessaires transmises à toutes les participantes, respect de l'anonymat, de la confidentialité et du droit de se retirer de l'étude à tout moment (conformément aux lignes directrices établies par le Comité consultatif national d'éthique de la recherche de 2002).

Il existe également certaines limites à cette étude : étude menée dans un seul centre de soins au sud de la Finlande et étude n'ayant pas inclus l'interprétariat téléphonique, qui est utilisé lorsque la disponibilité des interprètes est difficile (bien que l'interprétation en face-à-face est la méthode d'interprétation la plus courante en Finlande).

7.4.2 Pertinence clinique

Cette recherche a été incluse dans cette revue de la littérature car elle permettait de connaître les perceptions du dernier membre du triologie, soit les professionnels de la santé (infirmières), ainsi que les défis à relever.

Les auteurs affirment que les mêmes défis que ceux relevés par les infirmières de santé publique de cette étude ont été rapportés dans d'autres pays et dans d'autres études.

Ils soutiennent que, malgré le fait que cette étude ait été réalisée dans une seule ville, ces résultats pourraient être appliqués à d'autres endroits ayant des systèmes de soins similaires et des populations immigrées multiculturelles. L'application de ces résultats doit donc prendre en compte les différences régionales de population immigrée, la disponibilité des interprètes et les services de santé. Ils affirment que les résultats peuvent être utilisés dans la pratique clinique, l'administration, la formation des infirmiers-ères de santé publique ainsi que dans la planification d'instructions concernant l'utilisation d'interprètes pour les services de soins.

Toujours selon les chercheurs, d'autres études devraient se concentrer sur la perspective des patients et des interprètes dans les soins de santé primaires et sur les perspectives des infirmiers-ères dans d'autres environnements. Des recherches supplémentaires seraient également nécessaires pour comprendre l'influence de l'utilisation d'interprètes sur l'éthique et la qualité des soins des immigrants.

7.4.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude permet d'élargir la compréhension des points de vue des infirmiers-ères face à l'utilisation des interprètes dans des soins de santé primaires.

En reconnaissant les questions importantes de l'utilisation des interprètes, les infirmiers-ères seraient à même de mieux se préparer pour les rendez-vous et de travailler plus efficacement en leur présence. Une bonne collaboration entre les trois membres du triadologie dépend de nombreux facteurs et s'apprend. C'est pour cela qu'un besoin de formation supplémentaire a été relevé et a été considéré comme important.

7.5 Description de l'étude 5

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., ... Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11, 187-198.

Cette recherche est une étude qualitative, faisant donc partie du paradigme naturaliste. Publiée en 2011 dans le journal BMC Public Health, son objectif était d'évaluer les difficultés rencontrées par les professionnels de la santé lors de prestations de soins à des patients migrants ou immigrants et les composants de bonne pratique pour surmonter ou limiter les problèmes et leurs impacts négatifs sur la qualité des soins.

L'échantillon était composé de 240 personnes, venant de 16 pays européens (principalement des médecins et des infirmiers-ères). Dans chaque pays, des professionnels de trois services de soins primaires (3 personnes par service, soit 9 par pays), trois départements de soins d'urgence (1 personne par service, soit 3 par pays) et trois services de psychiatrie (1 personne par service, soit 3 par pays) ont été interrogés sur leur point de vue et leurs expériences en matière de soins pour les patients étrangers. Pour réaliser la collecte des données, des entretiens individuels structurés** avec des questions ouvertes ont été menés entre 2008 et 2010. Tous ont été enregistrés sur bandes audio ou consignés par écrit et transcrits. Après avoir réalisé une analyse thématique de contenu, différentes difficultés et déclarations de bonne pratique ont été mises en évidence.

Elles étaient relativement similaires dans les trois types de services et ont été classées par ordre de fréquence. Les huit problèmes étaient : les barrières linguistiques, les

difficultés dans l'organisation des soins pour les migrants sans couverture de soins de santé, la privation sociale et les expériences traumatisantes, le manque de familiarité avec le système de soins, les interprétations différentes de la maladie et des traitements, les différences culturelles, les attitudes négatives entre patients et soignants et le manque d'accès aux antécédents médicaux. Tandis que les 7 composants de bonne pratique relevés étaient : la flexibilité organisationnelle (temps et ressources suffisantes), de bons services d'interprétariat, une collaboration avec les proches et les services sociaux, la sensibilisation à la culture de l'autre, des programmes éducatifs et du matériel d'information pour les migrants, des relations positives - stables et des lignes directrices sur les droits des différents groupes de migrants. Les résultats reflètent une riche expérience des services de santé de toute l'Europe dans les prestations de soins à des patients étrangers. Il existe un large accord sur la bonne pratique et les problèmes à résoudre.

7.5.1 Validité méthodologique

Réaliser cette étude dans 16 pays européens a permis de couvrir plus de 85% de la population de l'Union Européenne. Afin de s'assurer que les participants avaient une expérience suffisante dans la prestation de soins aux migrants, il a été demandé à chaque pays d'identifier et de recruter des participants dans des zones où le niveau de population migrante était élevé. Le plan était de se concentrer sur les trois régions de chaque pays avec la plus forte proportion de migrants ou d'immigrés. Une fois les zones identifiées, pour chacune des trois régions et dans chaque pays, les participants ont été recrutés dans trois services de soins primaires (soit n=144) ainsi que dans un département de soins d'urgence (soit n=48) et un service de psychiatrie (soit n=48). La décision quant à savoir qui devait être interrogé dans l'étude a été prise par les services. Il peut donc être déduit qu'un échantillonnage non probabiliste a été utilisé.

Un programme d'entretien structuré a été développé en anglais et mis à l'essai dans chaque pays participant. Sur la base des expériences de la phase pilote**, le programme a été affiné et finalisé. La version finale a été traduite dans les langues des pays participants et a été présentée en deux parties : des questions ouvertes sur les expériences générales et des questions ouvertes à partir de trois situations cliniques. Durant les différentes étapes de l'analyse thématique de contenu (notamment le codage, la réalisation d'un dictionnaire et le regroupement des données), des contrôles stratégiques et des vérifications ont été effectués. Un tableau relevant la fréquence des thèmes a été réalisé afin de comparer les données entre les différents services.

Au niveau éthique, différentes notions ont été relevées : l'obtention de l'approbation éthique par l'hôpital universitaire de S. João et d'autres comités d'éthique dans les pays

participants où cela était nécessaire, l'obtention du consentement éclairé et la préservation de l'anonymat.

Les auteurs ont soulevé quelques forces de la recherche : vaste étude (méthode similaire dans 16 pays), 240 interviews menées afin que la saturation des résultats puisse être supposée, critères de sélection similaires, même programme d'entretien spécifique à la prestation de soins de chaque pays, méthode rigoureuse et cohérence d'analyse. Plusieurs limitations ont également été relevées : la base du sondage pour la sélection des zones n'a pas été strictement respectée dans chaque pays, les participants étaient auto-sélectionnés (ce qui peut introduire un biais**), les déclarations peuvent avoir été influencées par les tendances de réponse et des traductions en anglais ont été nécessaires (possible perte d'informations).

7.5.2 Pertinence clinique

Cette étude est intéressante, car c'est une étude qualitative à grande échelle. Le fait d'avoir été réalisée dans 16 pays européens permet de récolter de nombreuses informations et de comparer les résultats obtenus. D'après les chercheurs, ces résultats sont conformes à d'autres écrits réalisés ultérieurement. Ils suggèrent également la réalisation d'autres études qui aborderaient notamment l'opinion des patients, les comportements réels dans les services, ainsi que la faisabilité et l'efficacité des interventions spécifiques pour atteindre un ou plusieurs des composants de bonne pratique identifiés.

Les auteurs mettent en évidence qu'un défi central de l'Europe, avec sa proportion accrue de migrants, est la fourniture de soins de qualité, accessibles et équitables pour tous. Selon eux, peu de recherches systématiques ont exploré les vues et les expériences des professionnels de la santé dans différents pays européens lors de prises en charge de patients migrants, d'où la réalisation de cette étude. Cette recherche mettrait en évidence que les professionnels de la santé connaissent des difficultés relativement similaires lors de la prestation de soins aux migrants et qu'ils ont des vues relativement cohérentes sur ce qui constitue une bonne pratique. Cependant, le degré auquel ces composants font déjà partie de la pratique courante varie et n'est pas développé ici.

Le processus d'analyse utilisé a été jugé, par les chercheurs, comme étant le meilleur pour interpréter les données textuelles d'une manière systématique (de la classification des codes à l'identification des thèmes émergents). Selon les auteurs, la plupart des problèmes et des composants de bonne pratique ont été soulevés dans tous les pays et dans plus de 50% des entretiens. Les problèmes et les composants de bonne pratique peuvent être considérés comme valables dans toute l'Europe et les différents types de

services. Les résultats fournissent une image systématique et inclusive des difficultés lors de prises en charge de patients étrangers et des solutions possibles.

7.5.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Les auteurs ont relevé plusieurs éléments pouvant améliorer la pratique. Ils ont mis en évidence la nécessité de changements au niveau de l'organisation et de la disponibilité des ressources, le besoin de formation des praticiens, l'importance d'une bonne transmission d'informations, à la fois aux personnels soignants et aux migrants, et d'un changement d'attitude.

7.6 Description de l'étude 6

Kale, E., & Raza Syed, H. (2010). Language barriers and the use of interpreters in the public health services: A questionnaire-based survey. *Patient Education and Counseling*, 81, 187-191.

Cette étude quantitative s'insère dans le paradigme positiviste. Publiée dans le journal *Patient Education and Counseling*, la recherche a été menée de 2004 à 2005 dans trois hôpitaux et des cliniques de soins primaires de trois régions d'Oslo. Le but était d'examiner la communication interculturelle dans les établissements de santé et les implications pour l'accès égal aux soins. Les chercheurs ont étudié quand est-ce que les soignants éprouvaient un besoin d'assistance linguistique, ce qu'ils font dans ces situations et quelles sont leurs attentes des interprètes et leurs évaluations de besoins de compétences.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré. Il était composé de 36 questions organisées en trois sections : 1) la nécessité d'une assistance linguistique et de l'utilisation des interprètes 2) les connaissances de la façon de coopérer avec les interprètes et les attentes des soignants à propos des interprètes et 3) les besoins de compétences du personnel soignant et des professionnels de l'interprétariat. Le sondage a été envoyé à tous les médecins généralistes des cliniques principales d'Oslo et à d'autres professionnels (de la santé ou non) travaillant dans trois hôpitaux de la région. Sur les 1290 questionnaires envoyés, 453 participants ont répondu. Ils ont été analysés grâce à une analyse statistique**, en collaboration avec un statisticien.

Les résultats, séparés en trois sections citées précédemment, ont relevé plusieurs points essentiels, notamment :

- les médecins utilisaient plus souvent les interprètes que les infirmiers-ères ($p < 0.0001$), ce qui pourrait refléter les différentes fonctions entre ces métiers ;

- 28.8% des médecins et 41.5% des infirmiers-ères ont affirmé que cela leur arrivait toujours ou souvent de ne pas faire appel à un interprète même si la compréhension du patient n'était pas suffisante ;
- 52.9% des médecins et 51.3% des infirmiers-ères ont souvent communiqué avec le patient à travers les proches de celui-ci. Cependant, les réponses des départements somatiques et psychiatriques étaient significativement différentes ($p=0.0001$), le personnel travaillant en psychiatrie utilisant rarement ce procédé ;
- la compréhension du rôle et des responsabilités de l'interprète, ainsi que les attentes des soignants variaient d'un professionnel à l'autre. Environ 50% des médecins et infirmiers-ères souhaitaient que l'interprète soit un « médiateur culturel » et près de 50% des répondants ont convenu que l'interprète devrait parler avec le patient après la consultation pour expliquer davantage ou donner des informations supplémentaires ;
- en moyenne, 50% des médecins et des infirmiers-ères ont exprimé le besoin d'une augmentation des compétences des interprètes, 25% des médecins et 40% des infirmiers-ères ont évalué la satisfaction de leurs compétences comme étant moyenne et 1.9% l'ont évaluée comme pas satisfaisante du tout. Cela pourrait refléter la nécessité de plus de connaissances sur la façon de travailler avec les interprètes. De plus, environ 3/4 des infirmiers-ères et 3/5 des médecins ont exprimé une certaine insatisfaction sur les possibilités fournies par l'institution.

7.6.1 Validité méthodologique

Dans cette recherche, une méthode quantitative descriptive transversale** a été utilisée. Selon les informations données par cette étude, l'utilisation d'un échantillonnage non probabiliste intentionnel pour réaliser leur échantillon a été déduite. Le questionnaire utilisé a été traduit et adapté pour être l'outil de collecte des données. A l'origine, il a été développé et appliqué par la linguiste Mette Rudvin et ses collègues, en Italie. Le taux de réponse à cette étude variait entre 25 et 41% en fonction de l'établissement (moyenne = 35.1%). Les auteurs ont relevé le fait que ce taux est faible mais pas inattendu pour ce type d'étude. Représentant la majorité de l'échantillon, les deux plus grandes catégories de réponses sont venues des infirmiers-ères (51.1%) et des médecins (26.6%). C'est pour cela que les chercheurs se sont concentrés uniquement sur les réponses de ces professionnels. Pour réaliser l'analyse statistique, le logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) a été utilisé. Afin d'estimer si les résultats étaient significatifs, les chercheurs ont opté pour un test du khi carré**. Tous les résultats ayant une valeur p^{**} mentionnée dans ce travail étaient significatifs. Pour appuyer les résultats, quatre diagrammes et des pourcentages ont été insérés dans le texte.

Des limites ont été relevées dans cette étude. Premièrement, en raison du faible taux de réponse, les résultats ont exposé les questions pertinentes plutôt que de fournir des conclusions définitives. De plus, cette étude ne peut offrir de nuances qui pourraient élaborer une compréhension et une base de connaissances (en comparaison aux méthodes qualitatives). Troisièmement, les points de vue du patient et de l'interprète n'ont pas été inclus.

7.6.2 Pertinence clinique

Ce changement de paradigme et de méthode de recherche permet d'avoir une autre vision sur le thème de recherche et de l'aborder sous un autre angle.

Les lieux pour la réalisation de cette étude n'ont pas été choisis au hasard, ce sont les trois régions d'Oslo ayant le plus grand pourcentage de migrants - immigrés non occidentaux. Les chercheurs disent avoir couvert les départements somatiques et psychiatriques. Tandis que, du point de vue éthique, les auteurs ont souligné n'avoir eu aucun conflit d'intérêt.

Les auteurs affirment que peu d'études documentent ce que les professionnels de la santé font lorsqu'ils rencontrent des obstacles linguistiques. Par conséquent, cette étude se concentre sur le personnel soignant qui a, selon la loi des droits des patients et des droits des professionnels de la santé, une responsabilité légale d'assurer une communication suffisante avec les patients et d'utiliser des interprètes professionnels, si nécessaire. Selon les chercheurs, en accord avec des études précédentes, cette recherche indique que l'assistance linguistique professionnelle reste sous-utilisée dans le domaine de la santé. Ils conseillent également que des recherches futures devraient se concentrer sur les points de vue des patients et des interprètes à propos du même sujet.

7.6.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Selon les auteurs, un domaine clé pour la poursuite de l'amélioration dans ce domaine est une sensibilisation des professionnels de la santé et des institutions face à leur responsabilité juridique (assurer un niveau de communication suffisant). Ayant peu ou pas de formation sur la façon d'évaluer les compétences linguistiques des patients et n'ayant souvent pas de procédures claires pour surmonter les barrières linguistiques, les professionnels de la santé ont des ressources limitées dans les prises de décisions importantes. Par conséquent, il est important et urgent, d'après les chercheurs, de sensibiliser les administrateurs de santé et les décideurs politiques à garantir la base de connaissances qui est nécessaire à l'application de ces lois.

Les professionnels de la santé de cette étude ont noté la nécessité d'accroître leurs compétences, ainsi que les compétences de l'interprète, des administrateurs et des services d'interprétariat. Les suggestions incluent de meilleures habitudes et procédures pour assurer une collaboration efficace et une sensibilisation accrue à l'importance d'avoir un niveau organisationnel approprié. Il serait souhaitable de prendre des mesures pour adapter les services aux patients ayant une maîtrise limitée de la langue majoritaire.

7.7 Description de l'étude 7

Bischoff, A., & Hudelson, P. (2010). Communicating with foreign language – speaking patients: Is access to professional interpreters enough?. *Journal of Travel Medicine*, 17(1), 15-20.

Faisant partie du paradigme positiviste, cette étude est quantitative. Elle a été menée aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) de mars à novembre 2004. Son objectif était d'examiner les attitudes et les pratiques liées à l'interprétation dans le domaine de la santé. Cette recherche fait partie d'un vaste projet à propos de l'interprétation et de la médiation interculturelle dans les institutions publiques de Genève et Bâle.

La collecte des données a été réalisée en envoyant un questionnaire auto-administré** à tous les médecins et tous les infirmiers-ères à la tête des 70 services cliniques des HUG, ainsi qu'aux onze chefs de département (n=151). Ce questionnaire abordait différents thèmes, notamment les stratégies d'assistance linguistique utilisées, les perceptions de la qualité d'interprétation fournie par différents types d'interprètes ou encore les opinions quant à l'impact des services d'interprétariat sur le travail et sur l'intégration ; 99 questionnaires ont été remplis et retournés (48 médecins ; 47 infirmiers-ères ; 4 sans information sur le statut professionnel). Les onze départements étaient représentés dans l'échantillon final. Des analyses descriptives ont été effectuées et les principaux résultats ressortis de cette étude sont :

- 66% des répondants ont déclaré utiliser des interprètes (formels ou non) seulement quelques fois par an, contre 18% environ une fois par mois et 10% jamais ;
- les stratégies les plus fréquemment utilisées pour surmonter les barrières linguistiques variaient selon la langue du patient ;
- 63% des participants pensaient que les interprètes professionnels fournissaient une bonne ou excellente interprétation ; 60% ont dit que les employés de l'hôpital fournissaient une bonne ou excellente interprétation, tandis que la qualité d'interprétation des proches du patient ou des bénévoles a été jugée inférieure ;
- les répondants avaient une attitude positive à l'égard de l'impact de ces interprètes sur la qualité des soins et sur l'intégration sociale des étrangers ;

- une majorité des répondants ont également estimé que les interprètes professionnels aidaient les immigrés - migrants à s'intégrer dans la société en augmentant leur autonomie (80%), en veillant à ce qu'ils soient informés (80%) et qu'ils connaissent leurs droits (86%). Cependant, 20% pensaient que les patients pouvaient devenir trop dépendants des interprètes et 6% que le recours à ceux-ci leur avait empêché l'apprentissage de la langue locale.

Cette étude a montré que la plupart des répondants utilisaient des interprètes pour communiquer avec les patients ayant des compétences en français limitées. Cependant, les auteurs ont trouvé que les participants sous-utilisaient les interprètes professionnels et faisaient une utilisation excessive des interprètes « ad hoc ». De plus, certains groupes linguistiques (turc, arabe, portugais et espagnol) sont plus particulièrement sujets à l'utilisation d'interprètes informels. Le choix d'utiliser des interprètes professionnels ou non semble être influencé par trois facteurs principaux: la disponibilité du personnel bilingue, la perception de la qualité d'interprétation et la préoccupation des coûts.

7.7.1 Validité méthodologique

Cette étude a été choisie dans cette revue de la littérature, principalement car elle a été réalisée en Suisse, à Genève. Etant proche de chez nous, les données récoltées seront plus facilement comparables ou généralisables** au système de santé valaisan.

D'après les informations données dans le texte, il a été déduit que les chercheurs avaient utilisé un échantillonnage non probabiliste intentionnel pour réaliser leur échantillon. Une lettre de motivation expliquant le but de l'étude a été envoyée avec le questionnaire. Un seul envoi a été fait en raison de contraintes de temps. Aucun rappel n'a été envoyé et aucune donnée n'est disponible sur les non-répondants. Un taux de réponse de 66% a été considéré comme bon par les chercheurs par rapport à d'autres enquêtes menées sur le personnel de santé. Au préalable, toutes les questions ont été testées à Genève et à Bâle, mais n'ont pas été validées.

Des analyses descriptives (distributions de fréquences** et de totalisations croisées) et des tests du khi carré non paramétriques** ont été effectués en utilisant le logiciel SPSS 14.0. Des tableaux explicatifs ont été insérés dans le texte et des valeurs p mentionnées (toutes significatives).

Les termes « patient non suisse », « interprète professionnel » et « interprète « ad hoc » » ont été clairement définis par les chercheurs pour que tous les participants parlent de la même chose.

Plusieurs limitations ont été relevées pour cette recherche. Tout d'abord, elle a été réalisée dans un seul système hospitalier d'une ville suisse. Les résultats peuvent donc

ne pas être généralisables à d'autres contextes. Deuxièmement, avec un taux de non-réponse de 34% et aucune donnée sur les non-répondeurs, les auteurs ne peuvent pas dire à quel point les résultats reflètent le biais de non-réponse. De plus, les éléments du questionnaire n'ont pas été validés et les données ne permettent pas de réaliser des analyses multivariées**, ni d'examiner les raisons pour lesquelles certains services continuent d'utiliser des enfants comme interprètes « ad hoc », alors que c'est une pratique pourtant inquiétante identifiée dans un certain nombre d'études.

Au niveau éthique, les auteurs affirment simplement n'avoir eu aucun conflit d'intérêt.

7.7.2 Pertinence clinique

Selon les auteurs, certaines données doivent être considérées avec une certaine prudence car les répondants avaient une fréquence de contacts avec des interprètes relativement faible. De plus, aucune information sur la complexité des échanges dans lesquels les répondants utilisaient des interprètes n'a été donnée, ce qui pourrait influencer la qualité de l'interprète.

Les résultats suggèrent, d'après les chercheurs, que le fait d'avoir des services d'interprètes professionnels disponibles ne suffit pas à assurer leur utilisation systématique. Les auteurs affirment que, comme les populations deviennent de plus en plus diversifiées, la priorité et les efforts futurs doivent être donnés à plusieurs éléments, notamment : l'élaboration de procédures pour identifier les patients nécessitant systématiquement une assistance linguistique ; la mise en place d'aides linguistiques répondant aux besoins de chaque patient - aux fournisseurs – aux contextes institutionnels – aux contraintes ; l'élaboration de directives institutionnelles qui assureraient l'utilisation d'interprètes qualifiés pour toutes communications avec un patient ne parlant pas la langue locale. Seulement alors, les hôpitaux pourront garantir pour tous la qualité des soins centrés sur le patient.

7.7.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Les répondants ont relevé des facteurs influençant leur utilisation d'interprètes professionnels qu'il faudrait améliorer. Vingt-cinq d'entre eux ne pouvaient pas faire appel à un interprète professionnel chaque fois qu'ils le désiraient. Les raisons invoquées pour expliquer ce constat étaient des contraintes budgétaires (n=11) et des problèmes de disponibilité de l'interprète (n=14).

Les auteurs suggèrent d'intégrer les services linguistiques dans les routines organisationnelles. Une autre stratégie serait d'identifier les soignants pouvant être officiellement bilingues (plutôt que de manière informelle) et de les doubler comme interprètes.

7.8 Synthèse des principaux résultats

Ces sept études ont abordé différents éléments en lien avec la thématique de ce travail. Leurs analyses ont permis de relever un grand nombre de résultats. Voici les informations les plus pertinentes par rapport aux objectifs de cette revue de la littérature :

Ces études relèvent différentes stratégies utilisées par les soignants pour communiquer avec les patients étrangers : simplifier ou décomposer les informations, la créativité ou l'ingéniosité dans l'utilisation du non-verbal et l'utilisation d'interprètes.

Plusieurs études ont noté que la plupart des répondants utilisaient des interprètes pour communiquer avec les patients étrangers, mais sous-utilisaient les professionnels en employant plutôt les interprètes « ad-hoc ». Ils justifiaient la non-utilisation des interprètes formés notamment par le côté fastidieux et peu pratique des convocations, par le manque d'accès aux services d'interprétariat, par la disponibilité du personnel bilingue, par des raisons financières ou encore par le refus du patient.

Les résultats révèlent que l'utilisation d'interprètes informels peut affecter négativement la communication, créer des tensions dans les familles et parfois même cacher des informations. Certains groupes linguistiques sont plus sujets à l'utilisation d'interprètes « ad-hoc ». De plus, peu de patients souhaitaient utiliser des interprètes non formés.

Les rôles de l'interprète professionnel variaient selon les répondants. Dans l'étude 2, il avait deux rôles: un outil de communication et un guide dans le système de soins. Dans la 3^{ème}, les principales compétences relevées étaient de transmettre les informations avec précision, d'être confidentiel et impartial. Tandis que pour la 6^{ème}, il devait être respectueux et impartial, s'exprimer clairement et être un médiateur culturel.

Différents avantages à l'utilisation d'interprètes professionnels ont été relevés, tels que l'objectivité perçue et l'obtention d'une image fidèle des situations. Les conditions pour une bonne interprétation sont les compétences, l'attitude, l'expérience et l'apparence de l'interprète, ainsi qu'un environnement adéquat, de la confiance et de la confidentialité.

Un manque de continuité, de formation, de débriefing, de compétences des interprètes et des soignants, ainsi qu'un accès et une utilisation des services d'interprétariat difficiles sont des inconvénients cités régulièrement dans les résultats de ces études.

Pour améliorer le travail en triologie, des pistes d'amélioration ont été exposées : l'obtention de ressources suffisantes, des relations - attitudes positives et stables, une meilleure flexibilité organisationnelle et formation des soignants - des interprètes, des lignes directrices - programmes éducatifs clairs et l'amélioration de l'accessibilité et de la disponibilité des centres d'interprétariat. De l'étude 5 ressort aussi la collaboration avec les familles - les services sociaux et la sensibilisation du personnel aux autres cultures.

8 Discussion

8.1 Discussion des résultats

L'objectif principal de cette revue de la littérature est de répondre à la question de recherche posée au début de ce travail : *Quelles sont les techniques de communication les plus utilisées dans les hôpitaux et comment améliorer le travail en triologue lors d'une prise en charge hospitalière d'un patient étranger non francophone dans le but d'améliorer la qualité des soins qui lui sont dispensés?*

Analyser ces sept études a permis de faire ressortir plusieurs éléments principaux et importants du travail en triologue. Les différentes populations choisies dans les échantillons ont permis d'aborder la question de recherche sous plusieurs angles et points de vue. Les avis de chaque membre du triologue ont été évalués et pris en compte dans cette revue de la littérature. En effet, les études 1, 4, 5, 6 et 7 ont étudié les perceptions, les expériences et les besoins des professionnels de la santé (principalement des infirmiers-ères), tandis que l'étude 2 s'est intéressée aux interprètes et la 3^{ème} aux patients étrangers. Cette discussion aborde différents thèmes principaux et sera divisée en 3 parties : l'utilisation des interprètes informels et ses conséquences ; les rôles de l'interprète professionnel et la prise en charge interculturelle ; les compétences des membres du triologue (interprètes et infirmiers-ères) et la formation.

Selon les résultats, prendre en charge un patient étranger en milieu hospitalier peut être un processus complexe. Les barrières linguistiques, les différences culturelles et les expériences de vie des patients peuvent complexifier la compréhension et l'évaluation des situations et diminuer la qualité des soins.

L'analyse relève l'utilisation accrue d'interprètes informels, principalement la famille et les professionnels de la santé bilingues. Cette façon de faire comporte certains dangers et peut être inefficace. Dans leur article, Faucher et al. (2010) confirment que lors d'utilisations d'un interprète informel, la fidélité des informations traduites n'est pas assurée et la confidentialité pas garantie. Les propos peuvent également être modifiés (p. 337). Dans les études analysées, il semble que les professionnels de la santé en soient conscients et que les patients étrangers préféreraient, en général, eux aussi utiliser les interprètes professionnels. Dans leur ouvrage, Pickel et al. (2002) l'ont également relevé. Ils affirment que depuis plusieurs années, le personnel soignant a remarqué les inconvénients et les problèmes liés à l'utilisation des interprètes informels (p. 4). Cependant, les praticiens de la santé justifient principalement leur utilisation d'interprètes « ad-hoc » par les difficultés rencontrées dans l'organisation du travail en triologue. Il semble donc qu'il y ait un écart entre la théorie et la mise en pratique. Actuellement, la question serait donc :

Comment faire, concrètement, pour simplifier l'accès et l'utilisation d'interprètes professionnels et limiter la perte de temps et d'énergie dans la mise en place d'une collaboration à trois ?

Lors de l'utilisation d'un professionnel de l'interprétariat, il a été plusieurs fois mentionné que son rôle n'était pas simplement de traduire, mais d'être un guide dans le système de soins et un médiateur culturel. Cela appuie les propos de Tison (2007), qui affirme que les différences culturelles touchent la notion de communication avec différentes façons de communiquer, mais pas seulement. Les habitudes, les règles, les façons de vivre et de penser diffèrent également entre les cultures (p. 1). Un patient étranger n'a donc pas simplement une autre langue que le soignant, mais notamment une expérience de vie, des coutumes et des valeurs différentes selon les cultures. De plus, si l'on suit le modèle transculturel de Purnell expliqué dans l'article de Coutu-Wakulczyk (2003), la communication est seulement l'un des domaines de la culture ayant un impact sur la santé et les soins et devant être pris en considération lors de prises en soins interculturels (p. 38). L'étude 5 mentionne justement le besoin de sensibilisation et de formation du personnel soignant aux autres cultures pour améliorer la prise en charge interculturelle, créer un lien et une relation de confiance. Les soignants devraient donc connaître et s'adapter aux multiples cultures rencontrées, ainsi qu'apprendre à travailler avec les patients étrangers et à leur fournir des soins adaptés. En effet, dans son ouvrage, Tison (2007) souligne que l'adaptation à une nouvelle culture se fait petit-à-petit, demande des compétences et doit être étudiée et travaillée dans les formations professionnelles (p. 36-37). Coutu-Wakulczyk (2003) le confirme également :

Parallèlement à l'accroissement des diverses ethnies, le besoin de conscientiser les travailleurs de la santé aux différences culturelles devient évident. Cette situation prévôt tant aux plans des services et de l'administration que de la formation des professionnels car l'ouverture consciente à la diversité culturelle améliore d'autant le potentiel des travailleurs de la santé à fournir des soins culturellement compétents et l'efficacité des soins.

(p. 34)

D'autres points importants soulevés dans l'analyse des études sont le manque de compétences des professionnels de la santé et des interprètes dans le travail en triologie, ainsi que le manque de continuité et d'organisation des prises en charge. Apprendre à bien travailler avec les diversités culturelles et avec un interprète peut s'acquérir avec l'expérience, mais aussi avec les connaissances et les formations. En effet, le travail en triologie est un processus complexe. Dans leur ouvrage, Pickel et al. (2002) mettent en avant le fait que travailler en triologie s'apprend et ceci pour tous les

membres du trio (p. 4). Préparer ses rendez-vous, collaborer adéquatement pendant les entretiens et échanger à la fin de ceux-ci sont des points essentiels pour améliorer l'efficacité des traductions et des prises en soins (Bischoff & Loutan, 1998, p. 11–17).

Bien sûr, chaque prise en charge est individuelle et personnelle. Il est primordial de tenir compte de l'avis – des envies du patient étranger comme pour n'importe quel autre patient.

8.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Parmi les sept études choisies pour la réalisation de ce travail, cinq d'entre elles utilisent l'approche qualitative et deux l'approche quantitative. Plusieurs devis sont donc présents dans cette revue de la littérature, ce qui apporte des visions différentes sur la thématique. Toutes les études sélectionnées ont été trouvées sur des bases de données scientifiques de référence et cinq d'entre elles sont disciplinaires.

Dans la plupart des études qualitatives traitées dans ce travail, la triangulation** des chercheurs** a été utilisée pour analyser et interpréter les données. C'est un des moyens qui permettrait d'assurer la crédibilité et la fiabilité** de l'étude et de diminuer les biais. Toutes les études qualitatives ont inséré des verbatims dans leur texte et enregistré les entretiens afin d'appuyer également la crédibilité et la fiabilité des données et des résultats. Tandis que dans l'étude 3, le logiciel N Vivo a été utilisé pour analyser les informations récoltées. Cependant, seule l'une d'entre elles a mentionné être arrivée à la saturation des données. Dans les deux études quantitatives sélectionnées, un logiciel informatique (SPSS), des valeurs p et le test du khi carré (χ^2), tous reconnus scientifiquement, ont été utilisés pour analyser - évaluer les données et leurs relations, mettre en évidence le seuil de signification et assurer la fidélité** et la validité ** des données.

Dans ces études, la diversité des pays représentés et des personnes interrogées (migrants, différents professionnels de la santé et interprètes) est à mentionner. Les principaux résultats obtenus se sont révélés assez similaires et soulèvent des problématiques relativement identiques dans les sept recherches. Pour cela, malgré certaines limites des études citées précédemment, notamment le manque de transférabilité de la plupart des études qualitatives, il est possible que les informations récoltées soient transférables - généralisables à d'autres pays ou contextes. Elles pourraient également être prises en compte pour améliorer le travail en triologie et la qualité de la communication et des soins aux patients étrangers non francophones, notamment en Suisse et en Valais.

Différentes notions n'ont pas été spécifiées dans toutes les recherches, notamment certaines techniques d'échantillonnage et certains types d'étude ou devis de recherche. De ce fait, elles ont été déduites à l'aide de connaissances personnelles et du livre de re-

cherche intitulé « Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives », sorti en 2007.

8.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Durant la réalisation de cette revue de la littérature, plusieurs limites sont apparues :

Premièrement, seules sept études ont été utilisées pour réaliser ce travail. Il s'agit donc d'une revue étoffée de la littérature et non pas d'une revue systématique. Elle met en évidence uniquement une petite partie de la littérature scientifique publiée sur la thématique étudiée ici.

Deuxièmement, afin d'élargir les recherches et les résultats, il aurait fallu utiliser de nombreuses bases de données scientifiques différentes, pouvoir intégrer des études écrites dans une langue étrangère (autre que le français et l'anglais) et rechercher des études réalisées dans d'autres continents. En effet, toutes les études ont été trouvées uniquement dans deux bases de données et ont été faites en Europe, à l'exception d'une réalisée en Australie.

De plus, le niveau de preuve des études n'est pas forcément élevé. Cependant, les résultats obtenus semblent être pertinents, proviennent d'études scientifiques, disciplinaires pour la plupart et ont été traduits, retranscrits et analysés le plus fidèlement possible.

9 Conclusions

Ce travail parle de la communication entre individus culturellement différents. Il expose la collaboration interprète-soignant-patient, dans le but d'une meilleure qualité des soins et du niveau de santé des patients non francophones dans un environnement hospitalier. Il inclut donc toutes les notions du métaparadigme infirmier (4 concepts** : la personne, la santé, l'environnement et les soins). Cette revue de la littérature a mis en avant le rôle des infirmiers-ères dans le cadre d'une prise en charge interculturelle et du travail en triologie. Elle a également donné des idées afin d'améliorer et faciliter ces situations.

9.1 Propositions pour la pratique

Pour commencer, il serait important d'améliorer l'accès aux services d'interprétariat et la continuité des prises en soins. Intégrer un de ces services directement dans le bâtiment hospitalier serait une solution idéale. Cela faciliterait la prise de contact avec les interprètes, leur disponibilité, l'organisation des rendez-vous et ferait gagner du temps dans les prises en charge. Il serait aussi primordial d'assurer un suivi régulier. Désigner un-e infirmier-ère et un interprète de référence pour chaque patient non francophone permettrait de créer plus facilement une relation de confiance et un sentiment de confidentialité, ainsi que de connaître de manière plus approfondie la situation réelle du patient.

Comme relevé précédemment, travailler avec un interprète est compliqué. Cela demande de l'organisation, du temps et de l'argent. Avoir des lignes directrices claires et structurées en matière de soins interculturels et de travail avec des interprètes est vivement conseillé. En effet, des protocoles devraient être instaurés dans chaque institution pour le travail en triologie. Les soignants de chaque service auraient la responsabilité de les connaître et de les appliquer. Il est important de préparer à l'avance les rendez-vous, de discuter avec l'interprète avant les entretiens pour clarifier les objectifs et après pour réaliser un compte-rendu et pouvoir réajuster, si besoin, pour le prochain rendez-vous.

De plus, il est primordial de toujours écouter et prendre en compte l'avis et les besoins du patient. Il est l'acteur principal du triologie et au centre de la prise en soins.

9.2 Propositions pour la formation

La notion de « formation » revenant régulièrement dans les études analysées, c'est un point sur lequel il faut se pencher. En effet, durant la formation proposée par la Haute Ecole Spécialisée De Suisse Occidentale filière soins infirmiers, la thématique des soins interculturels est relativement peu abordée. Ce sujet est développé principalement durant deux semaines du dernier semestre de formation (3^{ème} année). Avec la grande proportion de personnes étrangères (migrantes ou immigrées) en Suisse et en Valais, il serait inté-

ressant de développer des cours supplémentaires sur le rôle de l'infirmier-ère dans ces prises en charge complexes et le travail en triologie, ainsi que sur des expériences vécues - des exercices pratiques plus tôt dans les études. En effet, dès le premier stage, les étudiants peuvent être confrontés à des situations de prises en soins interculturelles. En ayant reçu des connaissances théoriques et des conseils pratiques précoces et supplémentaires, il leur serait plus aisé de les gérer. Il serait aussi profitable qu'un interprète professionnel de l'AVIC intervienne auprès des étudiants afin de leur parler du travail en triologie et de situations pratiques rencontrées sur le terrain. Il leur offrirait différents outils afin d'améliorer la collaboration et la qualité des soins dispensés aux patients étrangers.

Pour terminer, l'instauration d'une formation continue sur le thème de l'interculturalité dans les soins et le travail avec les interprètes en Valais permettrait aux soignants d'accroître leurs connaissances et d'être à jour à propos des directives en vigueur en Suisse, en Valais et dans leur institution. Aucune n'existe pour l'instant.

9.3 Propositions pour la recherche

Premièrement, les études sélectionnées ici proviennent toutes de pays européens, une exceptée. Il pourrait être intéressant de se renseigner sur ce qu'il se fait dans d'autres continents par rapport à cette thématique. Cela permettrait peut-être de s'en inspirer pour améliorer le travail en triologie en Europe et plus particulièrement en Suisse. De plus, une seule étude suisse, réalisée à Genève, a été trouvée. Il serait concevable de réaliser des études dans d'autres cantons, notamment en Valais. Cela permettrait de connaître - de comparer les difficultés rencontrées par les soignants dans les prises en charge interculturelles et le travail en triologie, afin d'améliorer la qualité des soins dispensés.

Une 2^{ème} proposition serait, comme l'ont relevée les auteurs de l'étude 5, de réaliser des études expérimentales testant la faisabilité et l'efficacité des interventions mises en place dans les hôpitaux pour atteindre une meilleure communication avec le patient étranger et lors du travail en triologie. Cela permettrait ainsi de réajuster les méthodes, de les modifier ou de les supprimer selon leur efficacité dans la pratique.

Pour conclure, il est donc possible d'améliorer la qualité des soins fournis aux patients étrangers non francophones au travers du travail en triologie. Après l'analyse de sept études, différentes propositions pratiques ont pu être proposées. Deux réflexions sont également ressorties de cette revue de la littérature :

- *Est-il possible, pratiquement, de fournir un service d'interprétariat 24/24h et 7/7j en accord avec les horaires - les jours de travail d'un professionnel de la santé ?*
- *Que faire lors de situations d'urgence ? Est-il nécessaire et les soignants ont-ils le temps de collaborer avec un interprète lors de situations délicates - de crise ?*

10 Références bibliographiques

Articles :

Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Pour des soins culturellement compétents : le modèle transculturel de Purnell. *Recherche en soins infirmiers*, 72, 34-47.

Faucherre, F., Weber, O., Singy, P., Guex, P., & Stiefel, F. (2010). L'interprète communautaire: une pièce centrale dans le puzzle de la consultation interculturelle. *Revue Médicale Suisse*, 6, 336-338.

Etudes:

Bischoff, A., & Hudelson, P. (2010). Communicating with foreign language – speaking patients: Is access to professional interpreters enough?. *Journal of Travel Medicine*, 17(1), 15-20. doi : 10.1111/j.1708-8305.2009.00314.x

Butow, P. N., Lobb, E., Jefford, M., Goldstein, D., Eisenbruch, M., Girgis, A., ... Schofield, P. (2012). A bridge between cultures: interpreters' perspectives of consultations with migrant oncology patients. *Support Care Cancer*, 20, 235-244. doi : 10.1007/s00520-010-1046-z

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. doi : 10.1111/phn.12120

Hadziabdic, E., Heikkilä, K., Albin, B., & Hjelm, K. (2009). Migrants' perceptions of using interpreters in health care. *International Nursing Review*, 56, 461-469. doi : 10.1111/j.1466-7657.2009.00738.x

Kale, E., & Raza Syed, H. (2010). Language barriers and the use of interpreters in the public health services: A questionnaire-based survey. *Patient Education and Counseling*, 81, 187-191. doi: 10.1016/j.pec.2010.05.002

McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M. M., & Tuohy, D. (2013). Conversations through barriers of language and interpretation. *British Journal of Nursing*, 22(6), 335-339. doi : 10.12968/bjon.2013.22.6.335

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., ... Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11, 187-198. doi : 10.1186/1471-2458-11-187

Images :

- Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Pour des soins culturellement compétents : le modèle trans-culturel de Purnell. [Schéma du modèle]. *Recherche en soins infirmiers*, 72, 34-47.
- DeVito, J. A., Chassé, G., & Vezeau C. (2014). *La communication interpersonnelle : Sophie, Martin, Paul et les autres* (3^{ème} éd.). [Image]. Saint-Laurent : ERPI
- Eklöf, N., Hupli, M., & Leino-Kilpi, H. (2015). Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. [Figures des facteurs]. *Public Health Nursing*, 32(2), 143-150.
- Pereira de Melo, L. (2013). The Sunrise Model: a Contribution to the Teaching of Nursing Consultation in Collective Health. [Schéma du modèle]. *American Journal of Nursing Research*, 1(1), 20-23.
- Polit, D., & Beck, C. (2012) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9^{ème} éd.). [Pyramide]. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Ouvrages :

- Bischoff, A., & Loutan, L. (1998). *A MOTS OUVERTS : Guide de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes*. Genève : Unité de médecine des voyages et des migrations (Département de médecine communautaire - Hôpitaux Universitaires de Genève).
- Camilleri, C., & Cohen-Emerique, M. (1989). *Chocs de cultures : Concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. Paris : L'Harmattan.
- DeVito, J. A., Chassé, G., & Vezeau, C. (2014). *La communication interpersonnelle : Sophie, Martin, Paul et les autres* (3^{ème} éd.). Saint-Laurent : ERPI.
- Ladmiral, J.-R., & Lipiansky, E. M. (1989). *La communication interculturelle*. Paris : Armand Colin Editeur.
- Loiselle, C. G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent : ERPI.
- Pickel, R., Bischoff, A., & Loutan, L. (2002). *Guide TRIALOG : l'interprétariat en milieu médical*. Genève : Unité de médecine des voyages et des migrations (Département de médecine communautaire - Hôpitaux Universitaires de Genève).
- Tison, B. (2007). *Soins et cultures : Formation des soignants à l'approche interculturelle*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Sites internet :

AVIC. (2010). *Nos objectifs*. Accès <http://www.interpretavic.ch/L-association>

Bureau cantonal à l'intégration. (2015). *L'intégration en Valais : Journée de formation continue des médiateurs scolaires « l'élève migrant entre intégration et culture d'origine »*. Accès le 10 décembre 2016 <https://www.vs.ch/web/integration/bureau-cantonal-a-l-integration>

Cochrane Suisse. (2016). *Les revues systématiques (systematic reviews)*. Accès <http://swiss.cochrane.org/fr/les-revues-syst%C3%A9matiques-systematic-reviews>

Dictionnaires de français Larousse. (S.d.). *Définitions de « communiquer »*. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communiquer/17568>

Dictionnaires de français Larousse. (S.d.). *Définitions de « communication »*. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

INTERPRET. (S.d.). *Glossaire : définition de l'interprétariat communautaire*. Accès <http://www.inter-pret.ch/fr/angebote/glossaire-39.html#interpretariat-communautaire-les-interpretes-communautaires-3>

Office fédéral de la statistique. (2016). *Langues*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/05/blank/key/sprachen.html>

Secrétariat d'Etat aux migrations SEM. (2015). *Rapport sur la migration 2014*. Accès <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/berichte/migration/migrationsbericht-2014-f.pdf>

11 Annexes

11.1 Annexe I : Tableaux de recension

1. McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M. M., & Tuohy, D. (2013). Conversations through barriers of language and interpretation. *British Journal of Nursing*, 22(6), 335-339.

| | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|---|
| <p>Type d'étude ou devis Etude qualitative descriptive (s'insérant dans une approche phénoménologique → déduit)</p> <p>Paradigme Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve Level VI dans la pyramide des preuves</p> | <p>Echantillon 7 personnes (portées volontaires → 5 femmes et 2 hommes)</p> <p>Travaillent dans différents services de soins dans la région sud-ouest de l'Irlande (5 en soins généraux et 2 en psychiatrie)</p> <p>Différents degrés d'expérience professionnelle (entre 3 à 30 ans)</p> <p>Echantillonnage Pas spécifié dans l'étude</p> <p>Déduit : Echantillonnage non probabiliste – intentionnel</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion Etre infirmiers-ères</p> <p>Avoir déjà prodigué des soins à des personnes de culture différente</p> | <p>Buts Décrire les expériences infirmières face à des barrières linguistiques et à l'utilisation d'interprètes dans un contexte de soins en développement en Irlande</p> <p>Clarifier les connaissances liées à l'expérience des infirmiers-ères lors de communication avec des personnes de culture différente</p> <p>Question de recherche Pas spécifiée dans l'étude</p> <p>Déduit : Quelles sont les connaissances et les expériences liées à la communication avec des personnes de culture différente, aux barrières linguistiques et à l'utilisation des interprètes dans un contexte de soins en développement ?</p> | <p>Concepts - Cadre - Culture - Langage et Communication - Interprétariat - Soins infirmiers</p> | <p>Méthode de collecte des données : Entretiens individuels semi-structurés enregistrés et menés dans un endroit neutre (maximiser l'anonymat et encourager le dialogue)</p> <p>Utilisation d'un guide pour la marche à suivre durant l'entretien (Début de l'entretien: Question ouverte → décrire leurs expériences de soins avec une personne de culture différente)</p> <p>Ethique : Approbation éthique accordée (comité d'éthique de la recherche de l'Université de Limerick)</p> <p>Explications données (but de l'étude, résultats anonymes et possibilité de se retirer à tout moment)</p> <p>Consentement éclairé écrit obtenu pour tous (participation à l'étude et enregistrement de l'entretien)</p> <p>Données gérées selon les directives de l'Agence de Protection des Données</p> <p>Aucun conflit d'intérêt relevé</p> | <p>Méthode d'analyse : Utilisation d'une analyse thématique initiale de manière indépendante</p> <p>Enregistrements écoutés individuellement et retranscrits en verbatim afin de se familiariser avec les données</p> <p>Réunion des chercheurs et atteinte d'un consensus sur les thèmes principaux</p> <p>2 questions centrales identifiées : Les conversations limitées (langage) et les façons de parler (interprètes)</p> | <p>Résultats - Conclusion : Conversations limitées (langage) : Ne pas comprendre a été considéré comme difficile, limitant les conversations et comme ayant des répercussions sur la capacité à avoir notamment un recueil de données précis et à évaluer - gérer la douleur // Pour surmonter ces barrières, les participants disaient simplifier ou décomposer les informations à transmettre et faire preuve de créativité notamment sur le plan non verbal (conversation limitée) // ces techniques ne sont par contre pas toujours efficaces -> parfois, l'interprétation était nécessaire</p> <p>Façons de parler (interprètes) : Ce thème présente les conclusions des expériences des participants à propos du recours à des interprètes formels ou informels // La famille ou les amis des patients étaient quelquefois utilisés, certains participants ont relevé le fait que parfois ces interprètes « ad-hoc » ont caché des renseignements importants // Les avantages relevés à l'utilisation d'interprètes formels sont l'objectivité perçue et le meilleur recueil possible d'informations pour améliorer la continuité des soins // Un des désavantages était le manque de continuité de l'utilisation de l'interprète (interprète différent)</p> <p>Apprendre à utiliser et travailler avec un interprète est une compétence nécessaire relevée par les participants (formation). Il existe encore des défis à propos de l'accès et de l'utilisation des interprètes (loin d'être simple) // Cette étude montre le besoin des soignants de poursuivre une éducation pour les prises en charge de patients de culture différente et la nécessité d'améliorer la disponibilité des ressources (services d'interprétariat) pour aider à la communication. C'est une vraie collaboration</p> <p>Limites de l'étude : Uniquement décrire les expériences des participants face à des barrières linguistiques et au recours à des interprètes en Irlande → pas transférable à une population plus large.</p> <p>Forces de l'étude : Résultats confirment des travaux antérieurs+ contribuent à la discussion sur l'initiation -le maintien des relations avec des étrangers</p> |
|---|---|---|--|---|---|---|

2. Hadziabdic, E., Heikkilä, K., Albin, B., & Hjelm, K. (2009). Migrants' perceptions of using interpreters in health care. *International Nursing Review*, 56, 461-469.

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|---|
| <p>Type d'étude ou devis Etude qualitative descriptive et exploratoire de type phénoménographique</p> <p>Paradigme Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve Level VI sur la pyramide des preuves</p> | <p>Echantillon 17 personnes (10 femmes et 7 hommes) âgées de 29 à 74 ans, venant de l'ex-Yougoslavie et vivant en Suède</p> <p>Toutes avaient : un titre de séjour, différents niveaux d'éducation et différentes durées de résidence en Suède</p> <p>Echantillonnage Echantillonnage intentionnel</p> <p>Les représentants des établissements d'éducation pour des adultes migrants et les associations d'immigrés pour les ex-Yougoslaves ont été contactés pour inviter des gens à participer à l'étude.</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion Etre de langue maternelle serbo-croate (bosniaque / croate / serbe)</p> <p>Avoir utilisé des interprètes à plusieurs reprises au cours des 6 derniers mois dans les différents services de soins.</p> | <p>But Décrire la façon dont les personnes de l'ancienne Yougoslavie, vivant en Suède, ont perçu le recours à des interprètes dans les services de soins de santé suédois.</p> <p>(2 types d'interprètes dans cette étude : formels et informels)</p> <p>Question de recherche Pas spécifiée dans l'étude</p> <p>Déduit : Quelles sont les perceptions des personnes venant de l'ex-Yougoslavie face au recours à des interprètes dans les services de soins de santé suédois ?</p> | <p>Concepts – Cadre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Services de santé - Interprètes - Migrants - Perceptions | <p>Méthode de collecte des données : Données recueillies entre janvier 2006 et février 2007 par entretiens individuels semi-structurés</p> <p>Guide d'entrevue élaboré et évalué (par un chercheur spécialisé et deux interviews pilotes menées)</p> <p>16 entretiens réalisés à la maison et 1 dans un bureau</p> <p>Chaque entretien a duré environ 1h et a été réalisé en serbo-croate puis traduit en suédois</p> <p>Ethique : Consentement éclairé écrit obtenu pour les participants</p> <p>Confidentialité : cassettes audio + transcriptions rendues anonymes et codées en n°, analyse et présentation des données effectuées de manière à dissimuler l'identité des gens et données stockées dans un espace verrouillé accessible uniquement par les chercheurs</p> | <p>Méthode d'analyse : Analyse des données en utilisant les principes de la phénoménographie → 7 étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familiarisation - Compilation - Condensation - Groupement / Classement - Comparaison - Étiquetage - Contraste - Contrastant <p>1^{er} auteur : identifie les catégories ressorties suite à la réalisation, la transcription, la traduction des entretiens et l'analyse des données</p> <p>Les co-auteurs : revérifient le contenu des catégories afin de confirmer la pertinence</p> | <p>Résultats - Conclusion : Trois catégories descriptives liées entre elles et sans rapport hiérarchique ont été identifiées : les conditions préalables à de bonnes situations d'interprétation, la situation d'interprétation - ses aspects de satisfaction ou d'insatisfaction et les mesures pour faciliter/améliorer la situation de l'interprète.</p> <p>Les compétences, l'attitude et l'apparence de l'interprète ainsi qu'un environnement approprié sont des conditions préalables importantes pour l'interprétation.</p> <p>L'interprète est un outil de communication et un guide dans le système de soins en matière d'informations et de questions pratiques, mais aussi un obstacle.</p> <p>Un interprète professionnel souhaitable était perçu comme hautement qualifié dans la terminologie médicale, dans la langue et dans le travail en interaction en face-à-face.</p> <p>Dans le cadre de la planification individuelle de soins, il est important d'utiliser des interprètes selon les désirs des patients. Les organismes de santé et des lignes directrices pour les interprètes doivent être développés afin que les patients aient un accès facile à des interprètes professionnels hautement qualifiés.</p> <p>Limites de l'étude : Pas spécifiées dans l'étude</p> <p>Forces de l'étude : Crédibilité de l'étude assurée d'après les auteurs (citations + façons dont les données ont été traitées)</p> <p>Les résultats de l'étude pourraient être transférables dans d'autres contextes ou groupes plus ou moins similaires</p> |
|--|--|---|--|--|---|---|

3. Butow, P. N., Lobb, E., Jefford, M., Goldstein, D., Eisenbruch, M., Girgis, A., ... Schofield, P. (2012). A bridge between cultures: interpreters' perspectives of consultations with migrant oncology patients. *Support Care Cancer*, 20, 235-244.

| | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|--|
| <p>Type d'étude ou devis Etude qualitative s'insérant dans une approche phénoménologique</p> <p>Paradigme Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve Level VI selon la pyramide des preuves</p> | <p>Echantillon 30 interprètes (18 hommes / 12 femmes → !! informations contradictoires dans l'étude)</p> <p>11 traduisant le chinois, 12 l'arabe et 7 le grec</p> <p>48 ans de moyenne d'âge (entre 27 et 72 ans)</p> <p>score moyen d'acculturation de 19</p> <p>8 ans d'interprétariat en moyenne (entre 1 et 30 ans)</p> <p>Echantillonnage Pas spécifié dans l'étude</p> <p>Déduit : Echantillonnage non probabiliste</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion > 18 ans</p> <p>Avoir une formation en interprétariat</p> <p>Avoir interpréter actuellement - récemment pour des personnes arabophones, chinoises ou grecs ayant un cancer</p> | <p>Buts Comprendre la perception des interprètes à propos de leur rôle</p> <p>Comprendre les difficultés rencontrées durant leur travail en oncologie adulte</p> <p>Comprendre leurs besoins de formation et de soutien</p> <p>Question de recherche Pas spécifiée dans l'étude</p> <p>Déduit : Quelles sont les perceptions des interprètes à propos de leur rôle, des principales difficultés rencontrées lors du travail en oncologie adulte et de leurs besoins de formation et de soutien ?</p> | <p>Concepts - Cadre - Interprétariat médical</p> <p>- Rôle professionnel</p> | <p>Méthode de collecte des données Participation à des groupes de discussion de 1,5 à 2h avec 5 à 7 autres participants, animés par des chercheurs spécialisés</p> <p>Enregistrement de chaque groupe de discussion sur bandes audio</p> <p>Recrutement et collecte des données effectués jusqu'à saturation des données -> atteinte après 4 groupes</p> <p>Pour guider les entrevues, des questions explorant les trois objectifs ont été utilisées.</p> <p>Ethique Les auteurs affirment n'avoir eu aucun conflit d'intérêt.</p> <p>Aucune autre information</p> | <p>Méthode d'analyse Transcriptions et analyses des groupes de discussion enregistrés</p> <p>Utilisation d'une approche phénoménologique interprétative (IPA) pour analyser les données</p> <p>Deux chercheurs ont lu indépendamment, analysé le contenu de chaque entretien et élaboré un ensemble de thèmes et de sous-thèmes</p> <p>Les systèmes de codage ont été ensuite comparés, les disparités discutées et un schéma de codage final a été convenu</p> <p>Les transcriptions ont ensuite été codées thématiquement ligne par ligne par les 2 mêmes chercheurs et les caractéristiques des citations identifiées.</p> <p>Logiciel statistique Utilisation du logiciel N-Vivo (QSR International Pty Ltd, Victoria, Australie) pour faciliter le processus</p> | <p>Résultats - Conclusion Tous les interprètes invités ont participé à l'étude avec un taux de réponse de 100% (aucune différence nette évidente entre les groupes linguistiques → données combinées)</p> <p>Ils étaient clairs sur les rôles qu'ils étaient censés prendre lors de la consultation : transmettre l'information, assurer la compréhension, être précis, confidentiel et impartial.</p> <p>Description de 3 dilemmes qu'ils rencontrent au quotidien : être précis VS assurer la compréhension, traduire simplement VS avoir également une sensibilisation culturelle + de la sensibilité (médiateur culturel) et parvenir à garder une distance professionnelle VS fournir du soutien</p> <p>Mise en évidence d'un certain nombre de défis dans le milieu d'une consultation oncologique : la continuité dans les prises en charge, l'impact émotionnel, les membres de la famille et l'interprétariat téléphonique</p> <p>Les participants ont exprimé un besoin de formation continue dans la terminologie médicale et dans les compétences de base. Ils ont suggéré qu'être accompagné par un interprète qualifié dans le domaine serait utile pour ceux en formation et qu'avoir la possibilité de faire des bilans après des consultations émotives et d'apprendre des stratégies pour gérer leurs émotions également.</p> <p>Limites de l'étude Pas spécifiées dans l'étude</p> <p>Forces de l'étude 1^{ère} étude s'intéressant aux points de vue des interprètes à propos de leur rôle dans le cadre du domaine de l'oncologie adulte</p> |
|---|--|--|---|---|---|--|

4. 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.

| | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|---|
| <p>Type d'étude ou devis Etude qualitative descriptive (s'insérant dans une approche phénoménologique → déduit)</p> <p>Paradigme Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve Level VI selon la pyramide des preuves</p> | <p>Echantillon N = 8</p> <p>Femmes travaillant dans un centre de soins de santé finlandais</p> <p>Entre 4 et 12 années d'expérience dans les soins (moyenne = 8 ans)</p> <p>Echantillonnage Echantillonnage intentionnel</p> <p>Liste de 20 infirmières responsables des questions d'immigration dans leur service de soins (20 services différents)</p> <p>Infirmières contactées par courrier → 8 ont accepté de participer à l'étude</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion Être infirmiers –ères</p> <p>Avoir de l'expérience avec l'utilisation des interprètes</p> | <p>But Décrire les perceptions des infirmiers-ères à propos des facteurs à considérer lors de l'utilisation d'interprètes lors de soins envers des patients migrants – immigrés.</p> <p>Question de recherche Quels facteurs doivent être pris en compte lors de l'utilisation d'interprètes, dans les soins de santé primaires, lors de soins aux patients migrants - immigrés?</p> | <p>Concepts - Cadre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Immigrés ou migrants - Interprètes - Soins de santé - Perceptions infirmières | <p>Méthode de collecte des données : Données recueillies en 2008, dans une ville du sud de la Finlande dans un centre de soins</p> <p>Entretiens individuels semi-structurés -> discussions guidées par la question de recherche, réalisées dans un environnement calme, d'une durée moyenne de 1 heure, enregistrées et transcrites</p> <p>Ethique : Autorisation de la recherche obtenue auprès des services de soins concernés</p> <p>Informations importantes à propos de l'étude transmises à toutes les participantes</p> <p>Conformément aux lignes directrices établies par le Conseil consultatif d'éthique de la recherche (2002) : anonymat, confidentialité et droit de se retirer de la participation à l'étude à tout moment garantis</p> | <p>Méthode d'analyse : Données traitées : analyse inductive de contenu (conforme à Graneheim et Lundman (2004))</p> <p>Les entretiens transcrits : lus plusieurs fois puis divisés en unités (mots – phrase – pensées - ...) et condensés</p> <p>Ensuite : unités regroupées en sous-catégories puis en catégories en fonction de leur similarité</p> | <p>Résultats - Conclusion : L'analyse a relevé 3 catégories principales à prendre en considération lors du travail en triadologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les facteurs liés à l'interprète : les connaissances professionnelles, le rôle professionnel, les caractéristiques personnelles - Les facteurs liés à l'infirmière et à l'organisation des soins : la planification des rendez-vous, la réalisation du rendez-vous, la formation des infirmiers-ères à propos du travail avec des interprètes - Les facteurs liés au patient et sa culture : la perception que les patients ont de l'interprète, la vie privée des patients, les désirs des patients face à l'utilisation d'un interprète <p>L'utilisation d'un interprète = question complexe et dépendante de plusieurs facteurs // Nombreuses questions pratiques et éthiques doivent être prises en considération dès le début de la prise en charge</p> <p>Il semble que les coûts jouent un rôle dans l'utilisation d'interprètes. Une bonne accessibilité et disponibilité des centres d'interprétariat, ainsi que de grandes compétences linguistiques de la part des interprètes sont nécessaires. De plus aucune formation spécifique pour les infirmiers-ères n'existe dans ce domaine, ce qui peut avoir un impact sur la volonté des infirmiers-ères à recourir à des interprètes et à s'occuper des migrants → tout ceci ayant un rôle sur la continuité et la qualité des soins</p> <p>Limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etude menée dans un seul centre de soins en Finlande - Pas inclus l'interprétariat téléphonique <p>Forces de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elargissement de la compréhension de l'utilisation des interprètes du point de vue des infirmiers-ères de santé publique en matière de soins aux migrants - Résultats utilisables pour la pratique clinique, dans l'administration, dans la formation des infirmiers-ères et dans la planification d'instructions concernant l'utilisation d'interprètes. |
|--|--|--|---|--|--|---|

5. Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., ... Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11, 187-198.

| | | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|---|
| <p>Type d'étude ou devis Etude qualitative</p> <p>Paradigme Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve Level VI dans la pyramide des preuves</p> | <p>Echantillon Echantillon total = 240 (principalement médecins (156) et infirmiers-ères (44))</p> <p>Professionnels du domaine de la santé travaillant dans des zones à forte proportion de population migrante dans 16 pays européens // Dans chaque pays : 9 participants travaillant dans 3 services de soins primaires ; 3 travaillant dans 1 service d'urgence et 3 travaillant dans 1 service de psychiatrie</p> <p>Echantillonnage Pas spécifié dans l'étude → déduit = échantillonnage non probabiliste</p> <p>Dans chaque pays : identification et recrutement dans 3 zones où le niveau de population migrante-immigrée était élevé (ici migrant = être né à l'extérieur du pays et être âgé de 18-65 ans)</p> <p>Dans chaque zone : participants recrutés dans 3 services de soins primaires, 1 service d'urgence et 1 de psychiatrie → services sélectionnés approchés par les chercheurs mais le choix de qui devait participer à l'étude est revenu au service lui-même</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion Avoir une expérience suffisante en matière de soins aux migrants – immigrés</p> | <p>Buts Evaluer les difficultés rencontrées par les professionnels dans leur service lors de prestations de soins à des patients migrants et ce qu'ils considèrent comme étant une bonne pratique pour surmonter ces problèmes ou limiter leur impact négatif sur la qualité des soins</p> <p>Explorer les points de vue et les expériences dans la fourniture de soins aux migrants dans différents types de services à travers l'Europe</p> <p>Question de recherche Pas spécifiée dans l'étude</p> | <p>Concepts – Cadre - Migrant ou Immigré</p> <p>- Soins inter-culturels</p> <p>- Professionnels de la santé</p> <p>- Expériences</p> | <p>Méthode de collecte des données : Collecte des données : Entretiens individuels structurés (2008-2010) enregistrés sur bandes audio ou consignés par écrit et transcrits</p> <p>Programme structuré développé en anglais et mis à l'essai dans chaque pays (phase pilote) → version finale traduite (toutes les langues des participants)</p> <p>Programme en 2 parties: questions ouvertes sur les expériences, les problèmes, les points forts et questions ouvertes sur des situations cliniques (modifiées en fonction des 3 types de services et des pays)</p> <p>Ethique : Approbation éthique obtenue (par l'hôpital universitaire de S. João et d'autres comités d'éthique dans les pays où c'était nécessaire)</p> <p>Consentement éclairé obtenu et anonymat assuré</p> <p>Aucun conflit d'intérêt relevé</p> | <p>Méthode d'analyse : Après transcription → analyse des réponses grâce à une méthode d'analyse thématique de contenu :</p> <p>1 : Données codées à partir de chaque transcription / Réalisation d'un dictionnaire utilisé ensuite pour coder l'ensemble du corpus des données (contrôles stratégiques effectués)</p> <p>2 : Regroupement des codes dans des catégories émergentes qui ont ensuite été structurées et regroupées pour former des thèmes généraux (vérifications faites)</p> <p>Toutes les données ont été incluses dans un tableau chiffré de la fréquence des thèmes</p> <p>Cette représentation numérique a permis de spécifier la fréquence des problèmes et des composants de bonne pratique et de comparer ces fréquences entre les différents services.</p> | <p>Résultats - Conclusion : Résultats identifiés à la suite de l'analyse des données : - 8 problèmes: les barrières linguistiques, les difficultés dans l'organisation des soins pour les migrants sans couverture de soins de santé (sociale), la privation sociale et les expériences traumatisantes, le manque de familiarité avec le système de santé, des interprétations différentes de la maladie et des traitements, les différences culturelles, les attitudes négatives entre le personnel et les patients et le manque d'accès aux antécédents - 7 composants de bonne pratique : la flexibilité organisationnelle (temps et ressources suffisantes), de bons services d'interprétation, une collaboration avec les familles et les services sociaux, la sensibilisation culturelle du personnel, des programmes éducatifs et du matériel d'information pour les migrants, des relations positives et stables avec le personnel et des lignes directrices claires</p> <p>Les professionnels connaissent des difficultés similaires dans les différents services lors de la prestation de soins aux migrants. Ils ont des vues relativement cohérentes en ce qui constitue une bonne pratique. Le degré auquel ces composants font déjà partie de la pratique courante varie. La mise en œuvre de ces composants nécessite des ressources suffisantes, une flexibilité organisationnelle, des attitudes positives, la formation du personnel et la fourniture d'informations.</p> <p>Limites de l'étude : Base de sondage pour sélectionner les zones : pas strictement respectée partout Personnes auto-sélectionnées (possible biais) Déclarations influencées par les tendances de réponses Traductions nécessaires (possible perte d'informations)</p> <p>Forces de l'étude : Vaste étude (méthodes similaires dans 16 pays) Résultats basés sur 240 interviews : saturation des résultats – des données supposée Critères de sélection similaires, même programme utilisé partout, méthode rigoureuse et cohérence d'analyse Programme spécifique à la prestation de soins (et pas à l'accès aux soins)</p> |
|--|---|---|---|--|--|---|

6. Kale, E., & Raza Syed, H. (2010). Language barriers and the use of interpreters in the public health services: A questionnaire-based survey. *Patient Education and Counseling*, 81, 187-191.

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| <p>Type d'étude ou devis Etude quantitative descriptive transversale</p> <p>Paradigme Positiviste</p> <p>Niveau de preuve Level VI dans la pyramide des preuves</p> | <p>Echantillon 453 professionnels (de la santé ou non) → 51,1% des réponses = infirmiers-ères → 26,6% des réponses = médecins</p> <p>Professionnels travaillant dans 3 hôpitaux et plusieurs cliniques d'Oslo</p> <p>Echantillonnage Pas spécifié dans l'étude</p> <p>Déduit : Echantillonnage non probabiliste - intentionnel : 1290 questionnaires ont été distribués avec 453 réponses obtenues</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion Sondage envoyé directement dans les 3 régions d'Oslo ayant le + de % de migrants-immigrés à : → tous les médecins généralistes des cliniques de soins primaires → aux professionnels (de la santé ou non) de 3 hôpitaux</p> | <p>Buts Examiner la communication interculturelle dans les établissements de santé et les implications pour l'accès égal aux soins</p> <p>Evaluer quand est-ce que les soignants éprouvaient un besoin d'assistance linguistique, ce qu'ils font dans ces situations et quelles sont leurs attentes des interprètes et leurs évaluations des besoins de compétences</p> <p>Questions de recherche → Quelles sont les pratiques courantes des soignants lorsqu'ils se retrouvent confrontés à des barrières linguistiques ? → Quelles sont les attentes des soignants à l'égard des interprètes professionnels ? → Comment les soignants évaluent-ils leurs compétences existantes et leurs besoins de compétences pour travailler efficacement avec un interprète ? → Comment les soignants évaluent-ils les compétences nécessaires aux interprètes ?</p> <p>Variables** Etant une étude descriptive transversale → recueil de données (pas encore de variables définies)</p> | <p>Concepts – Cadre - Communication/ Communication interculturelle - Barrières linguistiques - Utilisation d'interprètes - Accès aux soins</p> | <p>Méthode de collecte des données : Enquête menée de 2004 à 2005</p> <p>Questionnaire structuré traduit et adapté pour être l'outil de collecte de données (36 questions organisées en 3 sections)</p> <p>Ethique : Les auteurs affirment n'avoir eu aucun conflit d'intérêt</p> <p>Aucune autre information</p> | <p>Méthode d'analyse : Analyse statistique utilisée (en collaboration avec un statisticien)</p> <p>Logiciel statistique Logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences)</p> <p>Test du khi carré</p> <p>Quatre diagrammes, des pourcentages et des valeurs p ont été insérés dans le texte</p> | <p>Résultats - Conclusion : 1^{ère} section : 30% → utilisaient assez souvent des interprètes // les médecins les utilisaient + souvent que les infirmiers-ères ($p < 0.0001$) // 60% → la nécessité d'avoir un interprète était évaluée à partir d'anciennes informations (rarement dès le 1^{er} rdv) // Les professionnels ont avoué avoir du mal à juger de la nécessité ou non d'un interprète // Les professionnels justifiaient la non-utilisation des interprètes par le côté fastidieux et peu pratique de convoquer un interprète (26%), par le manque d'accès aux services d'interprétariat (21%), par des raisons financières (4%), par le refus du patient (6.4%) ou par d'autres raisons (24.9%) // 52,9% des médecins et 51,3% des infirmiers-ères → souvent fait appel à des membres de la famille ou amis (entre services somatiques et psychiatriques très différents ($p = 0.0001$)) // En cas d'urgence ou de situations aiguës, ils utilisaient souvent la famille-les amis, le patient seul ou un collègue</p> <p>2^{ème} section : Une collaboration fructueuse est importante et la compréhension du rôle de l'interprète est très différente d'une personne à l'autre // 92% → important que l'interprète montre du respect ; 89% → capacité de s'exprimer clairement ; 86,5% → être impartial,... (ce qui correspond aux lignes directrices des interprètes) // Environ la moitié des répondants → interprète doit également être un médiateur culturel</p> <p>3^{ème} section : Environ 50% des répondants → besoin d'une augmentation des compétences professionnelles des interprètes // La majorité des réponses indiquaient également un besoin d'augmenter les occasions fournies par les institutions pour améliorer les compétences des professionnels à travailler avec un interprète</p> <p>Etant souvent influencés par les conditions de travail mouvementées, les soignants ont recours à des solutions plus facilement disponibles, mais pas forcément optimales. Ayant peu ou pas de formation et de procédures claires pour surmonter les barrières linguistiques → ressources limitées + besoin de sensibiliser tout le personnel concerné</p> <p>Limites de l'étude : Faible taux de réponse (résultats soulèvent les questions pertinentes mais pas de conclusions définitives) Pas de nuances qui pourraient élaborer/augmenter notre compréhension et notre base de connaissances Points de vue du patient et des interprètes pas inclus</p> <p>Forces de l'étude : Pas spécifiées dans l'étude</p> |
|--|---|---|--|---|--|--|

7. Bischoff, A., & Hudelson, P. (2010). Communicating with foreign language-speaking patients : Is access to professional interpreters enough ? . *Journal of Travel Medicine*, 17(1), 15-20.

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|--|
| <p>Type d'étude ou devis : Etude quantitative</p> <p>Paradigme: Positiviste</p> <p>Niveau de preuve Level VI dans la pyramide des preuves</p> | <p>Echantillon : 99 questionnaires : remplis et retournés</p> <p>66% de taux de réponse -> 48 médecins, 47 infirmières et 4 sans information sur leur statut professionnel</p> <p>82% des répondants : français de langue maternelle</p> <p>Echantillonnage : Pas spécifié dans l'étude</p> <p>Déduit : échantillonnage non probabiliste - intentionnel → Questionnaires envoyés aux HUG dans 70 services cliniques de 11 départements cliniques différents</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : Sondage envoyé aux médecins et infirmières à la tête de chacun des 70 services cliniques des 11 départements des HUG et aux 11 chefs de département (n=151)</p> | <p>But : Examiner les attitudes et les pratiques liées à l'interprétation dans le domaine de la santé</p> <p>Question de recherche: Pas spécifiée dans l'étude</p> <p>Déduit : Quelles sont les attitudes et les pratiques utilisées par les professionnels de la santé face à l'utilisation d'interprètes ?</p> <p>Variables : Etant une étude descriptive → recueil de données (pas encore de variables définies)</p> | <p>Concepts - Cadre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Communication interculturelle - Interprétariat - Professionnels de la santé - Attitudes et pratiques | <p>Méthode de collecte des données : Questionnaires auto-administrés envoyés par la poste (pré-tests → Genève et Bâle)</p> <p>Collecte des données effectuée entre mars et novembre 2004</p> <p>Aucun rappel envoyé</p> <p>Le questionnaire portait sur des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles, sur le service clinique dans lequel ils travaillaient, leur utilisation de différentes stratégies d'assistance linguistique, leurs perceptions de la qualité d'interprétation dépendamment de l'interprète choisi et leurs opinions sur l'impact de l'utilisation d'interprète et sur l'intégration en Suisse</p> <p>Ethique : Les auteurs affirment n'avoir eu aucun conflit d'intérêt</p> <p>Aucune autre information donnée</p> | <p>Méthode d'analyse : Analyses descriptives effectuées (distributions de fréquences et des totalisations croisées)</p> <p>Logiciel statistique : Test du khi carré (test non paramétrique)</p> <p>Logiciel SPSS 14.0</p> | <p>Résultats - Conclusion : Cette étude a montré que la plupart des répondants utilisaient des interprètes pour communiquer avec les patients ayant des compétences limitées en français, mais sous-utilisaient les interprètes professionnels en utilisant plus les interprètes « ad-hoc ». Certains groupes linguistiques sont plus sujets à l'utilisation d'interprètes « ad-hoc »</p> <p>Entre 43% et 86% des répondants comptaient principalement sur les proches ou sur les employés bilingues pour l'assistance linguistique. L'utilisation d'interprètes professionnels varie selon la langue (5-39%) et semble refléter la disponibilité des membres du personnel bilingues. Il semble qu'ils soient utilisés principalement lorsqu'aucune autre option n'est disponible. Cette pratique est encore renforcée par la croyance que les interprètes « ad-hoc » sont « assez bons » tout en reconnaissant la différence de qualité entre interprète formel et « ad-hoc » (91.2% pensent que les membres du personnel bilingues sont satisfaisants ou bons et 79.7% pensent que la famille-amis sont satisfaisants ou bons)</p> <p>Le choix des interprètes semble être influencé par 3 facteurs : la disponibilité du personnel bilingue, la perception de la qualité d'une interprétation et la préoccupation des coûts</p> <p>Les efforts futurs devraient se concentrer sur l'élaboration de procédures pour identifier les patients ayant besoin d'une assistance linguistique et sur la mise en place de stratégies d'aides linguistiques qui répondent aux besoins de chaque personne concernée par ce thème de façon à assurer une utilisation d'interprètes qualifiés</p> <p>Limites de l'étude : Etude réalisée dans un seul système de soins dans une seule ville suisse (résultats pas forcément généralisables)</p> <p>Taux de réponse assez faible (34%) et aucune donnée sur les non-répondants (ne peut pas dire à quel point les résultats reflètent le biais de non-réponse)</p> <p>Questions pré-testées mais pas validées</p> <p>Forces de l'étude : Pas spécifiées dans l'étude</p> |
|--|---|--|--|--|---|--|

11.2 Annexe II : Tableau récapitulatif des sept études

Référence bibliographique pour trouver les facteurs d'impact : <http://www.journal-database.com/>

| Etude N° | Auteurs et qualifications | Revue | Editeurs | Considérations éthiques | Conflit d'intérêt / Financement de l'étude | Facteur d'impact |
|----------|--|---|--|---|---|------------------|
| Etude 1 | J. McCarthy (Lecturer), I. Cassidy (General Nurse – Midwife – Nurse Tutor), M. M. Graham (Course Director for the BSc Midwifery Programme) & D.Tuohy (Lecturer) | British Journal of Nursing (2013 → Volume 22 n° 6) | MA Healthcare | Approbation éthique / Explications données / Consentement éclairé écrit obtenu / Données gérées selon directives de l'Agence de Protection des Données | Aucun conflit d'intérêt relevé / Aucune information sur le financement de l'étude | Pas mentionné |
| Etude 2 | E. Hadziabdic (SRN, BSc, MScN), K. Heikkilä (MA, PhD), B. Albin (SRNT, MScN, PhD) & K. Hjelm (SRNT, MScN, PhD) | International Nursing Review (2009 → Volume 56) | International Council of Nurses (Blackwell Publishing) | Consentement éclairé écrit obtenu / Confidentialité et anonymat assurés | Aucune information | 0.948 (2014) |
| Etude 3 | P. N. Butow, E. Lobb, M. Jefford, D. Goldstein, M. Eisenbruch, A. Girgis, M. King, M. Sze, L. Aldridge & P. Schofield (Aucune qualification mentionnée) | Support Care Cancer (2012 → Volume 20) | Springer | Aucune information donnée dans l'étude | Aucun conflit d'intérêt relevé / Aucune information sur le financement de l'étude | 2.364 (2014) |
| Etude 4 | N. Eklöf (MNSc, RN, PhD), M. Hupli (PhD, RN) & H. Leino-Kilpi (PhD, RN) | Public Health Nursing (2015 → Volume 32 n° 2) | Wiley Periodicals, Inc. | Autorisation de la recherche / Informations importantes transmises / Anonymat, confidentialité et droit de se retirer de l'étude à tout moment garantis | Aucune information | 0.83 (2015) |
| Etude 5 | S. Priebe, S. Sandhu, S. Dias, A. Gaddini, T. Greacen, E. Ioannidis, U. Kluge, A. Krasnik, M. Lamkaddem, V. Lorant, R. Puigpinósi Riera, A. Sarvary, J. JF Soares, M. Stankunas, C. Straßmayr, K. Wahlbeck, M. Welbel & M. Bogic (Aucune qualification mentionnée) | BMC Public Health (2011 → Volume 11) | BioMed Central | Approbation éthique / Consentement éclairé obtenu / Anonymat assuré | Aucun conflit d'intérêt relevé / Financée par la Direction générale de Santé et la Protection des consommateurs de l'Union européenne | 2.264 (2015) |
| Etude 6 | E. Kale & H. Raza Syed (Aucune qualification mentionnée) | Patient Education and Counseling (2010 → Volume 81) | Elsevier Ireland | Aucune information | Aucun conflit d'intérêt relevé / Aucune information sur le financement de l'étude | 2.199 (2015) |
| Etude 7 | A. Bischoff (PhD, RN, MPH) & P. Hudelson (PhD, MA) | Journal of Travel Medicine (2010 → Volume 17 n° 1) | International Society of Travel Medicine | Aucune information | Aucun conflit d'intérêt relevé / Financée par le Programme national de recherche (PNR 51) | 1.579 (2014) |

11.3 Annexe III : Glossaire général et glossaire méthodologique

11.3.1 Glossaire général

Références bibliographiques pour la réalisation de ce glossaire général :

A = Département fédéral des affaires étrangères (DFAE). (2014). *L'Association européenne de libre-échange (AELE) et l'Espace économique européen (EEE)*. Accès <https://www.eda.admin.ch/eda/fr/dfae/politique-exterieure/organisations-internationales/aele-eee.html>

B = Dictionnaires de français Larousse. (S.d.). *Définitions de « affiliation »*. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/affiliation/1461>

C = Dictionnaires de français Larousse. (S.d.). *Définitions de « consensus »*. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consensus/18357?q=consensus#18253>

D = Dictionnaires de français Larousse. (S.d.). *Définition de « immigré »*. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/immigr%c3%a9/41705?q=immigr%c3%a9#41610>

E = Dictionnaires de français Larousse. (S.d.). *Définition de « migrant »*. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/migrant/51397?q=migrant#51279>

F = Dictionnaires de français Larousse. (S.d.). *Définition de « pattern »*. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pattern/58738?q=pattern#58381>

G = Dictionnaires de français Larousse. (S.d.). *Définition de « versus »*. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/versus/81663?q=versus#80697>

H = Le dico du commerce international. (S.d.). *Définition de « Union Européenne (UE) »*. Accès <http://www.glossaire-international.com/pages/tous-les-termes/union-europeenne-ue.html>

I = INTERPRET. (S.d.). *Glossaire*. Accès <http://www.interpret.ch/fr/angebote/linterpretariat-communautaire-et-la-mediation-interculturelle/glossaire-39.html>

J = OIM Organisation Internationale pour les Migrations. (2007). *Droit international de la migration : Glossaire de la migration*. Accès http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_9_fr.pdf

K = Quevauvilliers, J. (2007). *Dictionnaire médical de poche* (2^{ème} éd.). Paris : Masson.

L = Tison, B. (2007). *Soins et cultures : Formation des soignants à l'approche inter-culturelle*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

| | |
|--|---|
| Acculturation | Transformation d'une culture par intégration et reformulation d'éléments étrangers (L → p. V) |
| AELE | « Association européenne de libre-échange » Organisation intergouvernementale qui vise à promouvoir le libre-échange et l'intégration économique au profit de ses quatre Etats membres que sont l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse (A) |
| Affiliation | Action d'associer ou d'être associé à un groupe (B) |
| Congruente (adjectif du nom congruence) | Bonne concordance de deux structures ou bien de deux phénomènes (K → p.122) |
| Consensus | Accord et consentement du plus grand nombre, de l'opinion publique (C) |
| Demande d'asile ou demandeur d'asile | Personne demandant à obtenir son admission sur le territoire d'un Etat en qualité de réfugié et attendant que les autorités compétentes statuent sur sa requête (J → p. 17) |
| Interprète formel ou communautaire ou professionnel | Les interprètes communautaires sont en règle générale des personnes issues de la migration. Elles/Ils disposent de connaissances attestées [...] dans au moins une langue officielle et au moins une langue d'interprétariat. Elles/Ils connaissent les techniques de base de l'interprétariat consécutif et traduisent dans les deux sens de manière complète, conformément au message et le plus fidèlement possible. Elles/Ils connaissent aussi la terminologie spécialisée de base dans les domaines de la formation, de la santé et du social, et sont en mesure de présenter des faits et des relations entre ces faits de manière compréhensible et adaptée aux destinataires (I) |

| | |
|--|--|
| Interprète informel ou « ad hoc » | Les employé(e)s des institutions avec les connaissances linguistiques nécessaires peuvent être sollicités comme interprètes ad hoc. Il s'agit souvent de personnes de la deuxième ou de la troisième génération et qui ont grandi bilingues // Membres de la famille ou amis de patient-e-s ou de client-e-s qui maîtrisent tant la langue de leur pays d'origine que la langue officielle locale → En général, aucune qualification en interprétariat (I) |
| Pattern | Modèle spécifique représentant d'une façon schématique la structure d'un comportement individuel ou collectif (F) |
| Personne migrante ou immigrante | Ou migrant Personne qui effectue une migration (E) |
| Personne immigrée | Ou immigré Personne qui a quitté son pays d'origine pour s'installer dans un autre pays (D) |
| Stimuli (pluriel du mot stimulus) | Tout agent ou action susceptible de provoquer une réaction de la part d'un système excitable (K → p.446) |
| Titre de séjour | Document délivré par les autorités compétentes d'un Etat à un étranger, attestant que l'intéressé est autorisé à séjourner sur le territoire dudit Etat pendant la durée de validité de son titre (J → p. 81) |
| UE-28 | « Union européenne » comptant 28 pays Partenariat politique et économique sans équivalent dans le monde, entre 28 pays couvrant une bonne partie du continent européen (H) |
| VS | « Versus » Par opposition à. (s'emploie en linguistique, surtout sous la forme vs, quand on a affaire à des oppositions de type binaire) (G) |

11.3.2 Glossaire méthodologique

Références bibliographiques pour la réalisation de ce glossaire méthodologique :

A = Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière Education.

B = Hadziabdic, E., Heikkilä, K., Albin, B., & Hjelm, K. (2009). Migrants' perceptions of using interpreters in health care. *International Nursing Review*, 56, 461-469.

C = Loiselle, C. G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent : ERPI.

| | |
|--|--|
| Analyse de contenu | Traitement des données qualitatives afin d'en dégager les thèmes saillants et les tendances (A → p. 467) |
| Analyse multivariée | Ensemble de techniques statistiques utilisées lorsque plusieurs variables doivent être étudiées simultanément, en tenant compte de leurs effets les unes sur les autres (A → p. 595) |
| Analyse phénoménologique interprétative (IAP) | Phénoménologie interprétative = Branche de la phénoménologie qui s'intéresse à l'interprétation et à la compréhension de l'expérience humaine, et non pas uniquement à sa description (C → p. 226) |
| Analyse statistique | Classement et traitement de données quantitatives à l'aide de tests statistiques (différents types de tests statistiques) (C → p. 61) |
| Approche phénoménologique ou phénoménologie | Tradition de recherche qualitative, ancrée dans la philosophie et la psychologie, qui met l'accent sur l'expérience vécue (C → p. 58) |
| Biais | Facteur qui fausse les résultats d'une étude (différents types de biais) (C → p. 44) |
| Comité d'éthique de la recherche | Nom du groupe de personnes appartenant à un organisme ou à un établissement qui se réunissent pour passer au crible les propositions d'études et les études en cours dans une optique déontologique (C → p. 104) |

| | |
|--|--|
| Comparaison | 5 ^{ème} étape de l'analyse des données suivant les principes de la phénoménographie de Sjöström & Dahlgren (2002) qui consiste à comparer les données sélectionnées afin de trouver les clivages, établir des catégories et revoir l'analyse préliminaire (B → p. 463 (Traduction libre)) |
| Compilation | 2 ^{ème} étape de l'analyse des données suivant les principes de la phénoménographie de Sjöström & Dahlgren (2002) qui consiste à identifier les déclarations les plus importantes-significatives données par chaque participant et poser des questions par rapport au texte (B → p. 463 (Traduction libre)) |
| Concept | Abstraction reposant sur l'observation de comportements ou de caractéristiques (stress ou douleur par exemple) ou sur les déductions qu'on en tire (C → p. 35) |
| Condensation | 3 ^{ème} étape de l'analyse des données suivant les principes de la phénoménographie de Sjöström & Dahlgren (2002) qui consiste à réduire les données les plus longues pour trouver l'âme de chaque réponse ou dialogue (B → p. 463 (Traduction libre)) |
| Consentement éclairé | Principe de déontologie qui exige des chercheurs qu'ils obtiennent la participation volontaire des sujets après les avoir informés des risques et des avantages éventuels (C → p. 94) |
| Contraste - Contraste- tant | 7 ^{ème} étape de l'analyse des données suivant les principes de la phénoménographie de Sjöström & Dahlgren (2002) qui consiste à comparer et contraster les catégories obtenues pour trouver les caractéristiques uniques de chaque catégorie (B → p. 463 (Traduction libre)) |
| Crédibilité | Critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative renvoyant à la confiance que l'on peut avoir dans la véracité des données (C → p. 44) |
| Critères d'exclusion | Les critères d'exclusion servent à déterminer les sujets qui ne feront pas partie de l'échantillon, en raison de leurs caractéristiques différentes (A → p. 226) |

| | |
|---|--|
| Critères d'inclusion ou critères d'admissibilité | Critères utilisés pour désigner les caractéristiques de la population cible et sur lesquels on se base pour sélectionner les participants d'une étude (C → p. 264) |
| Devis de recherche | Plan global destiné à répondre à une question de recherche ; il s'agit notamment des spécifications destinées à améliorer l'intégrité de l'étude (C → p. 60) |
| Echantillon | Sous-ensemble d'une population donnée, sélectionné pour participer à une étude (C → p. 60) |
| Echantillonnage | Processus de sélection d'une partie de la population, de telle sorte que cette partie représente la totalité (C → p. 265) |
| Echantillonnage intentionnel ou échantillonnage par choix raisonné | Méthode d'échantillonnage non probabiliste dans laquelle le chercheur sélectionne les participants d'après le jugement qu'il se fait des personnes les plus représentatives ou les plus en mesure de livrer une grande quantité d'informations ; on parle aussi d'échantillonnage discrétionnaire (C → p. 269) |
| Echantillonnage non probabiliste | Sélection dans une population d'unités d'échantillonnage (participants, par exemple), à l'aide de techniques non aléatoires, comme dans les échantillonnages accidentels, par choix raisonné ou par quotas (C → p. 267) |
| Entretien structuré ou entretien dirigé | Interaction verbale au cours de laquelle l'intervieweur contrôle le contenu et le déroulement des échanges, ainsi que l'analyse et l'interprétation des mesures (A → p. 32) |
| Entretien semi-structuré | Entretien dans lequel le chercheur s'est muni d'une liste de sujets à aborder plutôt que des questions précises à poser (C → p. 297) |
| Etiquetage | 6 ^{ème} étape de l'analyse des données suivant les principes de la phénoménographie de Sjöström & Dahlgren (2002) qui consiste à nommer les catégories afin de saisir l'essence de la compréhension (B → p. 463 (Traduction libre)) |
| Etude descriptive | Etude qui décrit un ou des phénomènes quelconques sans chercher à en établir la cause (A → p. 292) |

| | |
|--|--|
| Etude exploratoire (qualitative) | Elle a pour point de départ un phénomène qui présente de l'intérêt, mais va au-delà de la description et s'efforce d'analyser la véritable nature du phénomène et des facteurs auxquels ce phénomène est lié. Elle est conçue pour mettre en lumière les différentes manifestations d'un phénomène et les processus qui le sous-tendent. (C → p. 23) |
| Familiarisation | 1 ^{ème} étape de l'analyse des données suivant les principes de la phénoménographie de Sjöström & Dahlgren (2002) qui consiste à lire les transcriptions afin de se familiariser avec les données et corriger les erreurs de transcription (B → p. 463 (Traduction libre)) |
| Fiabilité | Critères d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative, renvoyant à l'uniformité des données au fil du temps et dans différentes situations (C → p. 340) |
| Fidélité | Degré de cohérence ou de constance avec lequel un instrument mesure l'attribut qu'il est censé mesurer (C → p. 43) |
| Fréquence | Valeurs numériques classées de la plus petite à la plus grande et s'accompagnant d'un décompte du nombre de fois (ou pourcentage) où chaque valeur est obtenue (C → p. 395) |
| Généralisable (généralisabilité) | Degré auquel les méthodes de recherche utilisées permettent de déduire que les conclusions sont vraies pour un groupe plus vaste que celui des sujets ; notamment, déduction que les conclusions peuvent être généralisées et appliquées à la population à partir de l'échantillon (C → p. 47) |
| Groupement / Classement | 4 ^{ème} étape de l'analyse des données suivant les principes de la phénoménographie de Sjöström & Dahlgren (2002) qui consiste à rassembler les réponses similaires (B → p. 463 (Traduction libre)) |
| Guide (d'entrevue) ou liste de thèmes | Enumération de domaines généraux à aborder dans une entrevue semi-structurée ou au sein d'un groupe de discussion (C → p. 297) |

| | |
|---|--|
| Médiane | Statistique descriptive qui mesure la tendance centrale et représente la valeur qui se situe exactement au milieu dans une répartition de scores ; la moitié des données se trouvent au-dessus de la médiane, l'autre moitié au-dessous (C → p. 360) |
| Moyenne ou moyenne arithmétique | Statistique descriptive qui mesure la tendance centrale, calculée en additionnant tous les scores et en divisant le total obtenu par le nombre de scores (C → p. 360) |
| Paradigme | Façon de voir un phénomène naturel qui s'appuie sur un ensemble de postulats philosophiques et sert de guide à la recherche (C → p. 15) |
| Paradigme naturaliste | Paradigme qui diffère du paradigme positiviste traditionnel et postule l'existence de multiples interprétations de la réalité ; la recherche vise à comprendre la façon dont chacun construit la réalité dans le contexte qui lui est propre ; ce paradigme est souvent associé à la recherche qualitative (C → p. 16) |
| Paradigme positiviste | Paradigme traditionnel qui sous-tend l'approche scientifique, dans lequel on suppose l'existence d'une réalité fixe et ordonnée qui se prête à une étude objective ; souvent associé à la recherche quantitative (C → p. 15) |
| Phase pilote ou étude pilote | Version d'une étude à petite échelle en préparation d'une étude de grande envergure (C → p. 61) |
| Phénoménographie | Voir approche phénoménologique - phénoménologie |
| Population | Ensemble des personnes ou des objets ayant certaines caractéristiques communes ; on parle parfois d'univers (C → p. 60) |
| Questionnaire auto-administré (à remplir soi-même) | Méthode de collecte d'information à partir d'une description effectuée par la personne interrogée ; les questions sont auto-administrées et la personne utilise soit papier et crayon, soit un ordinateur (C → p. 246) |

| | |
|--|---|
| Recherche qualitative | <p>Analyse d'un phénomène, d'ordinaire de façon complète et approfondie, grâce à la collecte de données narratives étoffées dans le cadre d'un devis de recherche souple (C → p. 17)</p> <p>Recherche qui met l'accent sur la compréhension et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants (A → p. 30)</p> |
| Recherche quantitative | <p>Analyse d'un phénomène qui se prête à des mesures et à une quantification précises, souvent dans le cadre d'un devis rigoureux et structuré (C → p. 17)</p> <p>Recherche qui met l'accent sur la description, l'explication et la prédiction et qui repose sur la mesure des phénomènes et l'analyse de données numériques (A → p. 29)</p> |
| Saturation des données | <p>Dans une étude qualitative, collecte des données effectuée jusqu'au moment où le chercheur a le sentiment que les nouvelles données ne fournissent plus qu'une information redondante (C → p. 64)</p> |
| Test du khi carré (χ^2) | <p>Test non paramétrique utilisé pour évaluer l'existence éventuelle d'une relation entre deux variables de niveau nominal ; symbolisé par χ^2 (C → p. 378)</p> |
| Test non paramétrique | <p>Catégorie de tests statistiques inférentiels ne reposant pas sur des postulats rigoureux quant à la distribution des scores ; ils sont utilisés le plus souvent avec des données nominales ou ordinales (C → p. 373)</p> |
| Transférable (Transférabilité) | <p>Degré auquel les conclusions s'appliquent à d'autres contextes ou à d'autres groupes ; terme souvent utilisé en recherche qualitative et analogue au terme « généralisabilité » dans une étude quantitative (C → p. 341)</p> |
| Transversale (Etude ou Méthode) | <p>Etude – Méthode dont les données sont recueillies à un moment précis dans le temps. Elle sert à décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs associés (A → p. 599)</p> |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Triangulation | Utilisation de plusieurs méthodes pour recueillir et interpréter des données portant sur un phénomène de façon à les faire converger vers une représentation authentique de la réalité (C → p. 338) |
| Triangulation des chercheurs | Faire appel à plusieurs personnes pour recueillir, analyser ou interpréter un ensemble de données (C → p. 338) |
| Validité | Concept complexe, lié à la justesse des données de l'étude ; il s'agit de savoir si les résultats sont convaincants et fondés. Un autre aspect de la validité concerne la qualité des données obtenues quant aux rapports entre les variables. (C → p. 43) |
| Valeur p ou p | Dans un test statistique, probabilité que les résultats obtenus sont uniquement le fait du hasard; probabilité de commettre une erreur dite de type I (C → p. 373) |
| Variables | Caractéristique ou qualité qui peut avoir plusieurs valeurs Les concepts sont des variables dans une étude quantitative (C → p. 36) |

11.4 Annexe IV : Autres annexes

11.4.1 Schéma « Sunrise Model »

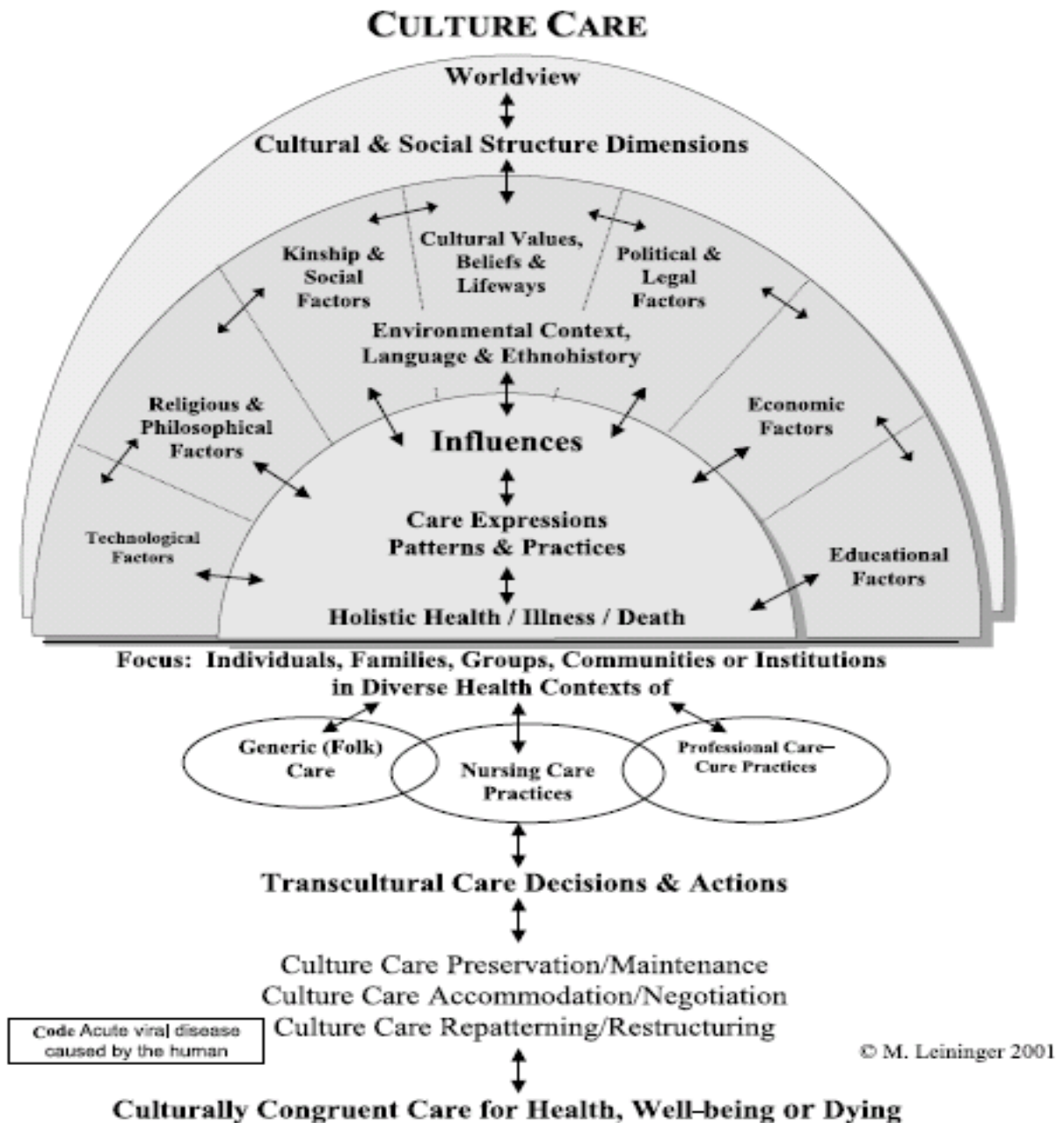


Figure 3. Tiré de Pereira de Melo, 2013, p. 21

11.4.3 Schémas des facteurs à considérer lors du travail en triadique (étude 4)

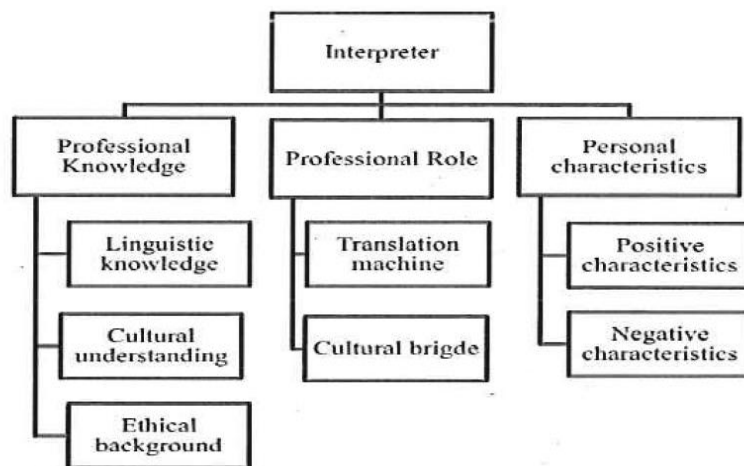


Figure 2. Factors Connected with the Interpreter

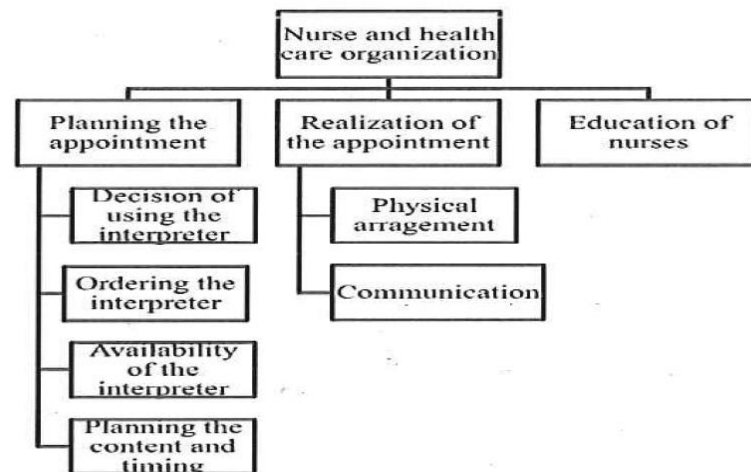


Figure 3. Factors Connected with the Nurse and Health Care Organization

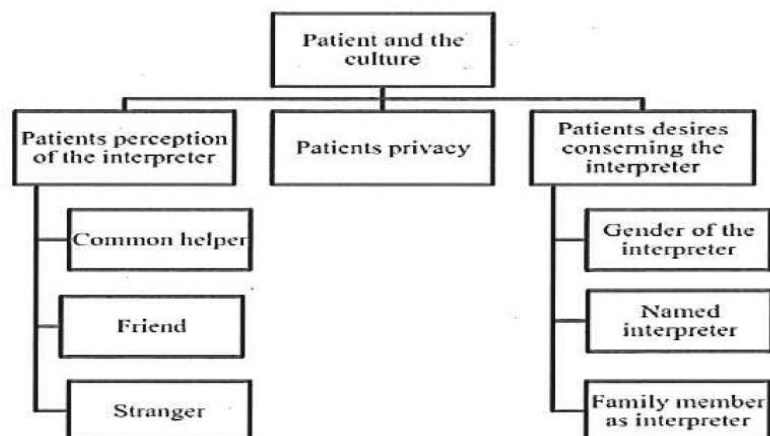


Figure 4. Factors Connected with the Patient and Culture

Figure 5. Tiré de Eklöf, Hupli & Leino-Kipli, 2015, p. 146-147