

Liste des abréviations

DFI	Département fédéral de l'intérieur
DGS	Direction Générale de la Santé
HEdS	Haute Ecole de Santé – Genève
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
OCS	Office Cantonal de la Statistique
OFS	Office Fédéral de la Statistique
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SEM	Secrétariat d'Etat aux Migrations
Sfm	Swiss forum for migration and population studies

Liste des tableaux

Tableau 1. Méthode PICOT.....	25
Tableau 2. MeSH Terms	26
Tableau 3. Equations de recherche.....	27
Tableau 4. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique	35
Tableau 5. Tableau synoptique	49

Liste des figures

Figure 1. Schéma langues interprétées	13
Figure 2. Schéma triade	17
Figure 3. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	28
Figure 4. Nouvelle configuration de la triade.....	47
Figure 5. Difficultés relationnelles de la triade	48

Table des matières

Déclaration	ii
Remerciements	iii
Résumé.....	iv
Liste des abréviations.....	v
Liste des tableaux	v
Liste des figures	v
Table des matières.....	6
Introduction	9
1. Problématique : Immigration en Europe et en Suisse	10
1.1. Contexte migratoire	10
1.2. Santé des migrants.....	10
1.3. Diversité des langues	11
1.4. Les possibles conséquences des barrières de la langue sur la santé.....	11
1.5. Une ressource disponible : l'interprétariat.....	12
1.5.1 L'interprétariat à Genève	12
1.5.2. L'interprétariat dans les soins infirmiers	13
1.6. Question initiale	13
2. Etat des connaissances.....	14
2.1. Les différents types d'interprètes	14
2.2 Rôle des interprètes pour les prises en soins	14
2.2.1 Aspect sanitaire	14
2.2.2. Aspect culturel.....	15
2.2.3. Aspect éthique et légal	15
2.3. Conséquences du recours aux interprètes pour les pratiques infirmières	16
2.4. La triade patient-infirmier-interprète	16
3. Modèle théorique.....	17
3.1. Epistémologie des sciences infirmières	17
3.1.1. Les métaparadigmes	17
3.1.2. Les modèles conceptuels	17
3.1.3. Les paradigmes	17
3.1.4. Les écoles de pensées	18
3.2. Modèle théorique retenu : La théorie des relations interpersonnelles de Hildegard Peplau.....	18
3.2.1. Ancre disciplinaire	18
3.2.2. Assomptions	18
3.2.3. Métaparadigmes.....	19

3.2.4. Paradigme	20
3.2.5. École de pensée.....	20
3.3. Méthodologie de la pratique et rôles infirmier	21
3.3.1. Les quatre phases qui constituent le soin	21
3.3.2. Les rôles.....	22
3.3.3 Les patterns.....	23
3.4. Question de recherche	24
4. Méthode	24
4.1. Sources d'informations et stratégie de recherche documentaire.....	24
4.2. Diagramme de flux	28
5. Résultats	29
5.1. Analyse critique des articles retenus	29
5.1.1. Fréquence d'utilisation d'un interprète	29
5.1.2. Outils et moyens pour améliorer l'utilisation de l'interprétariat.....	29
5.1.3. La relation à trois	31
5.1.4. La santé des patients migrants allophones	32
5.2. Tableau comparatif.....	34
6. Discussion.....	44
6.1. Discussion au regard de l'ancrage théorique de H. Peplau.....	44
6.1.1. Evolution de la triade lors des quatre phases de soins	44
6.1.2. Les rôles.....	45
6.2. Discussion au regard de la littérature.....	45
6.3. La prise en soins en triade au regard de Peplau.....	46
6.4. Tableau synoptique	48
7. Conclusion	50
7.1. Apports et limites du travail.....	50
7.1.1. Forces du travail	50
7.1.2. Apports pour les pratiques professionnelles	51
7.1.3. Limites.....	51
7.2. Recommandations.....	52
7.2.1 Pour la pratique infirmière.....	52
7.2.2. Pour la formation des infirmiers	52
7.2.3. Pour la recherche	52
8. Liste de références bibliographiques	54
9. Bibliographie	58
10. Annexes	60
10.1. [Fiche de lecture article 1].....	60

10.2. [Fiche de lecture article 2].....	67
10.3. [Fiche de lecture article 3].....	75
10.4. [Fiche de lecture article 4].....	80
10.5. [Fiche de lecture article 5].....	85
10.6. [Fiche de lecture article 6].....	89
10.7. [Fiche de lecture article 7].....	95
10.8. [Fiche de lecture article 8].....	101
10.9. [Fiche de lecture article 9].....	107

Introduction

Les récentes vagues migratoires soulèvent la question de la santé des patients migrants allophones. La prise en soins infirmière de ces patients et le souci d'égalité de traitement amènent les institutions de santé et les soignants à apporter des réponses pour surmonter la barrière de la langue. S'il y a un consensus sur les besoins spécifiques des patients migrants allophones pour accéder à l'information, les recommandations et les pratiques en la matière sont hétérogènes. Ce travail s'intéresse au recours à l'interprétariat professionnel comme moyen de communication entre les soignants et les patients migrants allophones. Cet écrit débute par une description du contexte migratoire en Europe et en Suisse, et de la santé des migrants. Ensuite, ce travail se focalise sur les éventuelles conséquences de la barrière de la langue sur la santé des patients migrants allophones. L'interprétariat est une des ressources disponibles pour les soins infirmiers permettant le respect du droit des patients à l'information, alors : quels sont les enjeux du recours à l'interprétariat dans les soins infirmiers ?

Après un état des connaissances actuelles sur différents aspects de l'interprétariat, une description des différents rôles des interprètes dans la prise en soins est présentée. Ensuite sont expliquées les conséquences du recours aux interprètes sur les pratiques infirmières. Ces éléments recomposent la relation soignant-soigné car le recours à un interprète fait passer la relation de deux à trois acteurs. Basé sur la théorie infirmière de Hildegard Peplau, ses principes et sa mise en application pour la pratique infirmière, ce travail considère le soin en tant que relation. Le choix de cette théorie permet, dans la discussion, d'apporter un éclairage pertinent sur une relation de soins à trois acteurs. La question de recherche posée est : En quoi le recours à l'interprétariat professionnel influence-t-il la relation soignant-soigné et ainsi la santé des patients migrants allophones ? Les méthodes retenues pour cette revue de littérature, et la sélection des articles, permettent de présenter l'analyse critique des résultats des neufs articles sélectionnés. Elle est construite en quatre axes qui sont : la fréquence d'utilisation d'un interprète dans les soins, les outils et moyens pour améliorer l'utilisation de l'interprétariat, la relation à trois et la santé des patients migrants allophones. Un tableau synthétise les informations importantes des articles.

Les résultats, issus de la revue de littérature, sont mis en lien avec la théorie de soin de Hildegard Peplau et de la littérature complémentaire. Ce travail permet de proposer des recommandations pour la pratique infirmière, la formation et la recherche en science infirmière dans ce domaine d'intervention et de soins.

1. Problématique : Immigration en Europe et en Suisse

1.1. Contexte migratoire

L'Europe connaît depuis 2011 de nouvelles vagues migratoires en provenance d'Afrique et du moyen orient qui viennent s'ajouter à la migration intra-européenne. Les migrants vivent de multiples changements qui nécessitent une adaptation au pays d'accueil. Les changements de pays s'accompagnent souvent aussi d'un changement de langue et parfois de culture. Parmi la population locale des pays d'accueil, le personnel soignant ainsi que le personnel de l'éducation et des services sociaux sont ceux qui sont amenés à être le plus en contact avec les migrants. Le bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] pour l'Europe pointe les défis posés par ces importants mouvements migratoires. Selon l'organisation internationale pour les migrations [OIM] (2007):

La migration est le déplacement d'une personne ou d'un groupe de personnes, soit entre pays, soit dans un pays entre deux lieux situés sur son territoire. La notion de migration englobe tous les types de mouvements de population impliquant un changement du lieu de résidence habituelle, quelles que soient leur cause, leur composition, leur durée, incluant ainsi notamment les mouvements des travailleurs, des réfugiés, des personnes déplacées ou déracinées.

Les raisons principales de ces migrations sont les conflits, les crises économiques et le regroupement familial (Secrétariat d'Etat aux migrations [SEM], 2014). Selon l'OIM, en 2016, 387 739 personnes sont arrivées en Europe (p.1) et 183 595 en 2017. En plus des derniers flux migratoires, la Suisse compte de nombreux étrangers présents depuis plus longtemps. Selon l'Office Cantonale de la Statistique [OCS], 41,2% des résidents dans le canton de Genève sont des étrangers provenant principalement du Portugal, de la France, de l'Italie et de l'Espagne (2016, p. 2).

1.2. Santé des migrants

Selon l'OMS le principal facteur d'inégalité en matière de santé est le niveau socio-économique pour les migrants comme pour le reste de la population. Selon le bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2017) :

Les problèmes de santé des réfugiés et des migrants sont semblables à ceux que connaît le reste de la population, bien que leur prévalence soit plus importante chez certains groupes. Parmi les problèmes de santé les plus fréquents auxquels doivent faire face les réfugiés et les migrants nouvellement arrivés, il convient de mentionner les blessures accidentelles, l'hypothermie, les brûlures, les maladies gastro-intestinales, les événements cardiovasculaires, les complications liées à la grossesse et à l'accouchement, le diabète et l'hypertension.

L'OMS (2008) distingue trois catégories de déterminants de la santé: l'environnement physique, l'environnement social et les déterminants biologiques et comportementaux. Chez

les migrants ces déterminants sont observables avant, pendant et après l'arrivé dans le pays d'accueil. La migration peut-être une cause d'apparition de maladie (infection, traumatisme psychique...) et une cause d'aggravation de maladie chronique ou sous-jacente (diabète, hypertension). Il n'y a pas de lien systématique entre une maladie et le statut de migrant. Par contre les migrants sont plus exposés à certains facteurs de risque selon leur pays d'origine et leur parcours migratoire. Par exemple il y a une réapparition récente du paludisme en Grèce, directement liée à un afflux de migrants en provenance du Pakistan (OMS 2018). Les maladies infectieuses sont un exemple où plusieurs déterminants font que la population migrante est plus touchée :

Il s'agit notamment de la pauvreté, de la séparation conjugale, des normes sociales et culturelles, des barrières linguistiques, des mauvaises conditions de vie et des conditions de travail abusives, y compris la violence sexuelle. L'isolement et le stress peuvent inciter les migrants à adopter des comportements à risque, ce qui accroît les probabilités d'infection. Cette situation est aggravée par un accès inadéquat aux services de prise en charge de l'infection à VIH et la crainte de la stigmatisation (OMS 2018).

Une fois arrivé dans le pays d'accueil « la concentration de certains groupes de migrants dans des emplois pénibles est également susceptible d'accroître la fréquence des troubles articulaires ou dorsaux » (Gabadinho, Wanner, Dahinden, 2007, p.58). La santé des migrants, bien qu'elle soit hétérogène, a des spécificités auxquelles les systèmes de santé européens doivent répondre. En 2012, le cadre politique européen de la santé de l'OMS "santé 2020" (Département fédéral de l'intérieur [DFI], 2013) a été adopté par les 53 Etats membres dont fait partie la Suisse. Il attire particulièrement l'attention sur la migration et la santé, la vulnérabilité des populations et les droits humains.

1.3. Diversité des langues

La majorité des migrants ne parlant pas français, en Suisse, proviennent d'Erythrée, de Gambie, de Syrie, d'Algérie, d'Iraq, du Koweït, d'Afghanistan, d'Iran et du Pakistan (OIM, 2017). Selon un recensement de l'Office fédéral de la statistique [OFS], en 2014, 21% des personnes recensées habitant en Suisse ne parle aucune des quatre langues nationales, alors qu'en 1970, il n'y en avait que 4%. Dans la littérature relative à la barrière de la langue dans les soins, la population ciblée ici est désignée par le terme de "patients allophones". Ce terme est utilisé dans le présent travail.

1.4. Les possibles conséquences des barrières de la langue sur la santé

La barrière de la langue impacte négativement la santé des patients migrants allophones. Arrivés dans le pays d'accueil, certains migrants vivent des situations plus précaires que la

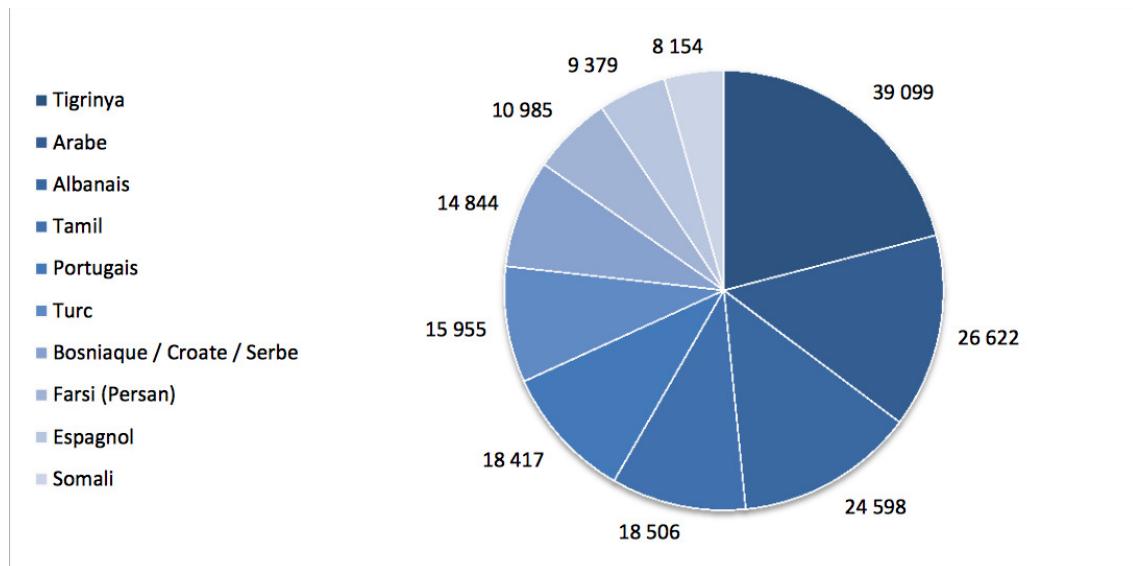
population locale, ils rencontrent des difficultés à comprendre le système de santé et à communiquer avec les différents professionnels de santé. Ceci peut avoir des conséquences sur leur santé physique et psychique (OFS, 2014). Une revue de littérature met en évidence les différents impacts de la barrière de la langue sur les inégalités de santé. La barrière de la langue diminue le recours aux soins préventifs et donc augmente le risque d'apparition de maladies chroniques. De plus, elle influe sur l'adhésion aux traitements et la satisfaction des patients migrants allophones à propos de leur prise en soins. Ils disent ressentir une discrimination et sont, de manière générale, peu satisfaits (Terui, 2015). Ce sentiment de discrimination est aussi mis en évidence par Gabadinho, Wanner, Dahinden (2007). En effet, 36% des répondants à l'étude pensent ne pas avoir un traitement équivalent à celui des gens originaires du pays. De plus, « la maîtrise d'une langue de la Suisse est associée, pour les deux sexes, à une diminution de la probabilité de présenter des troubles physiques importants » (Gabadinho, Wanner, Dahinden, 2007, p.58). La barrière de la langue est donc considérée comme un facteur influençant négativement la santé des patients migrants allophones.

1.5. Une ressource disponible : l'interprétariat

1.5.1 L'interprétariat à Genève

Il existe différents services d'interprétariat en Suisse. La Croix rouge Genevoise réalise 18% des heures totales d'interprétariat (soit 45 205h) (Interpret, 2016, p.2). Selon Interpret (2016), l'interprétariat communautaire comptabilise le plus grand nombre d'heures d'interventions (243 263 en 2015). En 2015, 56% des interventions ont été effectuées dans le domaine de la santé et 29% dans le domaine du social (p.8). En 2015, 41% des interventions étaient dans le domaine hospitalier, 30% dans le domaine de la psychiatrie et la psychothérapie et 20 % dans les soins extrahospitaliers (p.11). Les langues comptant le plus d'heures d'interventions en 2015 sont représentées dans la figure 1 ci-dessous :

Figure 1. Schéma langues interprétées



Tiré de: Interpret, 2016

1.5.2. L'interprétariat dans les soins infirmiers

Compte tenu du contexte migratoire actuel, il est fréquent pour les infirmiers¹ de devoir prendre en soin des patients migrants allophones. Selon les Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG] (2017):

Il est recommandé de faire recours aux interprètes formés pour la communication des informations médicales. Ce service est gratuit pour le patient. Il est nécessaire de faire appel à un interprète pour communiquer avec le patient ou sa famille lors d'une anamnèse initiale, l'annonce d'un diagnostic, des explications de procédure, pour avoir le consentement éclairé du patient et pour les entretiens d'entrée et de sortie lors d'une hospitalisation.

Le bureau régional de l'OMS pour l'Europe recommande que les professionnels de soins de santé « apprennent à communiquer avec des étrangers parlant d'autres langues et issus de milieux culturels différents (grâce à l'aide d'interprètes ou par d'autres moyens) » (OMS, 2018).

1.6. Question initiale

A la vue des éléments précédemment énoncés, la question de recherche initiale est : « Quels sont les enjeux du recours à l'interprétariat dans les soins infirmiers auprès des patients migrants allophones ? »

¹ à considérer au féminin comme au masculin tout au long du travail.



2. Etat des connaissances

2.1. Les différents types d'interprètes

Selon Hadziabdic, Heikkilä, Albin & Hjelm (2009), il existe deux types d'interprétariat :

- Les interprètes formels, ayant reçu une formation et pouvant être considérés comme des professionnels.
- Les interprètes informels, qui peuvent être la famille, les amis, les proches, les soignants, les différents professionnels dans l'hôpital parlant la langue du patient.

Une étude qualitative menée auprès de patients allophones, montre que le recours à un interprète formel plutôt que informel est souvent préféré (Hadziabdic, Heikkilä, Albin & Hjelm, 2009).

2.2 Rôle des interprètes pour les prises en soins

2.2.1 Aspect sanitaire

Une étude mixte menée dans quatre hôpitaux hollandais auprès de 573 patients allophones met en évidence les risques pour la sécurité du patient liés à la barrière de la langue. Les premiers risques mis en évidence concernent les soins infirmiers. Premièrement, certains protocoles comme le double contrôle du nom, prénom et de la date de naissance du patient, lors de l'administration de traitement ou de prélèvement sanguin, ne peuvent pas être appliqués. Cela peut amener à des erreurs de médicaments. Deuxièmement, la barrière de la langue engendre une mauvaise compréhension des consignes par le patient ce qui peut provoquer des complications médicales. Comme, par exemple, que le patient ne comprenne pas qu'il ne puisse pas se lever tout seul après une opération, ou qu'il n'utilise pas les outils permettant d'effectuer un bilan hydrique. Pour finir, cette étude montre que la barrière de la langue ne permet pas d'identifier et quantifier objectivement la douleur. Si la douleur n'est pas identifiée correctement alors la médication ne sera pas appropriée. Les risques relatés ensuite sont du domaine médical. L'étude précise des difficultés pour les médecins à recueillir les informations nécessaires pour poser le diagnostic lorsque le patient est allophone. Enfin, les médecins expriment le sentiment d'orienter, d'imposer les soins sans que le patient ne se rende compte des risques qu'il prend (Van Rosse, De Bruijne, Suurmond, Essink-Bot & Wagner, 2016).

2.2.2. Aspect culturel

L'interprète n'est pas seulement responsable de la traduction des dires du patient. Il doit avoir des compétences linguistiques mais aussi connaître les différences culturelles et être capable d'adapter son discours en fonction de son interlocuteur. Ses capacités de perception des émotions et des ressentis du patient sont indispensables pour les retransmettre au soignant. Selon Glauser (2009), « il faut maîtriser les différents aspects de la langue: la signification, le cadre, le contexte, la communication, la pratique culturelle. Si ils [les interprètes] parviennent à se familiariser avec les deux mondes, ils deviennent un moyen de communication possible entre eux » (p. 2).

2.2.3. Aspect éthique et légal

La question du recours aux interprètes est un enjeu éthique. Il peut être considéré sous l'angle des droits des patients qui sont promus par la Direction Générale de la Santé [DGS] qui encadre les pratiques de l'ensemble des professionnels de santé en Suisse. Parmi ceux-ci, il y a le droit à l'information et de l'autodétermination dans les choix thérapeutiques du patient, selon la DGS (2016) :

Le patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur son état de santé, sur les examens et traitements envisageables, sur les conséquences et les risques éventuels qu'ils impliquent, sur le pronostic et sur les aspects financiers du traitement. Au moment de son admission dans un établissement de soins, le patient reçoit, en principe, une information écrite sur ses droits et ses devoirs et sur les conditions de son séjour.

Si un patient ne comprend pas la langue parlée dans l'établissement dans lequel il est hospitalisé, il aura des difficultés à accéder à l'information dont il a besoin pour exercer son droit à l'autodétermination. Pour remédier à cette barrière linguistique et donc aux inégalités de soins que peuvent vivre les patients migrants allophones, deux pistes sont explorées en Suisse. La première est l'institutionnalisation de la présence d'interprètes formels au sein des services médicaux publics. La seconde est la création d'une base légale assurant la défense d'un des droits du patient qui est d'être entendu dans sa langue maternelle (Chevrolet, 2002). Le recours à l'interprétariat dans les soins peut permettre le respect des droits des patients et il est du devoir de l'infirmier d'assurer ces droits. En effet, selon le Code Déontologique du Conseil International des Infirmières pour la Profession Infirmière (2006) :

Dans l'exercice de sa profession, l'infirmier crée une ambiance dans laquelle les droits de l'homme, les valeurs, les coutumes et les croyances spirituelles de l'individu, de la famille et de la collectivité sont respectés. L'infirmier s'assure que l'individu reçoit en temps utile les informations suffisantes et exactes, prodiguées d'une manière appropriée au plan culturel, pour donner ou non son consentement, en

pleine connaissance de cause, en ce qui concerne les soins et le traitement qu'il devrait recevoir (p 2).

2.3. Conséquences du recours aux interprètes pour les pratiques infirmières

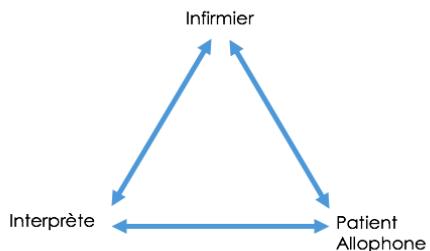
Le recours à des interprètes professionnels, bien que préconisé et possible dans de nombreuses institutions, n'est pas encore entré dans les pratiques quotidiennes des infirmiers. La démarche de recourir aux interprètes implique plusieurs attitudes et prérequis. Il faut reconnaître que la barrière de la langue a un impact négatif sur la santé des patients migrants allophones et est un obstacle dans la pratique quotidienne des soins infirmiers. Les infirmiers doivent être convaincus du bénéfice d'un interprète. Dans une étude menée à Genève en 2004 auprès de 99 infirmiers et médecins à l'aide d'un questionnaire, 80% des répondants disent que le recours à un interprète professionnel permet aux patients allophones d'être mieux informés (Bischoff & Hudelson, 2009). Il faut également que le recours aux interprètes soit clairement identifié comme relevant du rôle propre de l'infirmier et valorisé par les équipes soignantes et la hiérarchie. Les interprètes doivent être considérés comme des collaborateurs à part entière. Ceci est difficile car les interprètes n'ont pas de formation en santé, ni de diplôme spécifique. Le recours réussi à un interprète implique donc des connaissances et des compétences spécifiques pour les infirmiers (Bischoff & Hudelson 2009). Le rôle de l'interprète va donc au-delà de la traduction. Il entre dans la relation soignant-soigné, qui devient une relation à trois. Il faut donc considérer ses qualités relationnelles avec le patient migrant allophone aussi bien qu'avec l'infirmier et voir quelles sont les attentes des trois acteurs.

2.4. La triade patient-infirmier-interprète

Le terme de « triade » (confère figure 2), tel que nous l'utilisons, est une relation impliquant trois personnes. Ici il s'agit d'un patient migrant allophone, un interprète et un soignant. Le patient est au centre. La relation principale est celle entre patient et infirmier. L'interprète doit permettre la communication entre les deux. Nous sommes ici dans une configuration où un des protagonistes, l'interprète, n'est pas au centre car il est au service des deux autres. C'est pourquoi son rôle est un sujet décrit dans la littérature concernant l'interprétariat dans le domaine de la santé. Il y a deux façons de considérer le rôle de l'interprète dans les soins. La plus répandue affirme qu'il doit avoir une position neutre : « La neutralité fait partie des enjeux mis de l'avant dans la majorité des codes de déontologie et normes de pratique pour les interprètes communautaires dans le domaine de la santé, au même titre que la confidentialité et l'exactitude/exhaustivité » (Bancroft, 2005, p.19, cité par Isabelle Boivin,

2011, p. 111). La seconde façon de considérer l'interprète est celle notamment décrite par Angelelli. L'interprète serait un co-constructeur de l'interaction entre les trois protagonistes et non un simple médiateur dans une relation entre deux personnes (Angelelli, 2004).

Figure 2. Schéma triade



3. Modèle théorique

3.1. Epistémologie des sciences infirmières

3.1.1. Les métaparadigmes

En sciences infirmières, les soins sont orientés selon différents modèles conceptuels ou théories infirmières qui permettent une réflexion sur la pratique. Il existe quatre concepts qui forment le métaparadigme : le soin, la santé, l'être humain et l'environnement. Selon chaque théoricienne et son modèle, ils sont définis différemment et orientent la pratique infirmière (Fawcett, 2013).

3.1.2. Les modèles conceptuels

Les modèles conceptuels sont composés de plusieurs concepts. Ils permettent de clarifier les missions professionnelles des infirmiers et d'orienter les soins. Les théories intermédiaires ne sont composées que d'un seul concept et sont ainsi plus facilement applicable à la pratique. Elles facilitent l'explication d'une situation de soins ou d'un choix d'intervention.

3.1.3. Les paradigmes

Il existe, selon Pépin, Kérouac & Ducharme (2010), trois paradigmes différents en science infirmière. Le paradigme de la catégorisation considère la personne comme un être divisé en plusieurs parties. La personne est identifiée par sa pathologie, l'infirmier s'intéresse qu'à cette dernière dans les soins. Dans ce paradigme, tout est défini et mesurable, et les relations sont linéaires (une cause, un effet). Le rôle de l'infirmier est d'agir sur le facteur déclenchant pour stopper l'effet. Le paradigme de l'intégration considère la personne comme une être bio-psycho-social et spirituel ce qui implique une approche systémique de l'infirmier. Il prend en considération l'environnement et le contexte car ils interfèrent avec la personne. De ce fait, les relations ne sont plus linéaires mais circulaires. Le rôle de l'infirmier est d'assurer l'homéostasie. Le paradigme de la transformation définit la personne comme un être unitaire ne pouvant être divisé en parties. Les caractéristiques de la personne ainsi que les interactions qu'elle a avec son environnement font qu'elle est en perpétuel changement. Le rôle de l'infirmier dans ce paradigme est d'essayer de comprendre ce que vit la personne et de l'accompagner.

3.1.4. Les écoles de pensées

Il existe six écoles de pensées qui ont permis la classification des théories de soins en fonction de leur vision du « nursing », leur focus et leurs buts. Ces écoles regroupent les principales conceptions de la discipline infirmière.

3.2. Modèle théorique retenu : La théorie des relations interpersonnelles de Hildegard Peplau²

3.2.1. Ancre discplinaire

Selon Peplau (1952), le soin est la relation interpersonnelle entre le patient et l'infirmier, c'est le concept clé de sa théorie intermédiaire. En présence d'un patient allophone, il semble important de faire intervenir un interprète afin de permettre une communication verbale plus riche. En faisant appel à un interprète, l'infirmier démontre sa volonté de soigner par la relation. En effet, la barrière de la langue ne permet pas une communication verbale optimale. Cela peut entraver la qualité des soins et la santé des patients allophones.

3.2.2. Assomptions

² Le terme Peplau, seul, sera utilisé tout au long du travail

La première assumption de Peplau est à propos des infirmiers et des soins infirmiers. Elle dit que « le genre de personne que devient chaque infirmière fait une différence considérable au niveau de ce que le patient va apprendre durant l'expérience de sa maladie (Peplau, 1952, p. xii cité par Peterson & Bredow, 2013, traduction libre, p. 143). La personnalité de l'infirmier joue un rôle dans l'apprentissage du patient. La seconde assumption dit que « les actes de l'être humain sont basés sur la signification qu'il donne aux événements » (Peplau, 1952, pp. 283-284 cité par Fawcett & Desanto Madeya, 2013, traduction libre, p. 383) ainsi les comportements de la personne dépendent de son interprétation des événements. Peplau écrit également sur les relations interpersonnelles que « dans une relation interpersonnelle il y a toujours une interaction entre les attentes et les perceptions d'une personne et les réels comportements des autres » (Peplau, 1997, p.166 cité par Fawcett & Desanto Madeya, 2013, traduction libre, p. 383). Selon Peplau, la relation patient-infirmier dépend de l'attitude de l'infirmière, de ses concepts théoriques, ses compétences intellectuelles et interpersonnelles (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, p. 383).

3.2.3. Métaparadigmes

Selon Pepin et al. (2010) et Peterson & Bredow (2013), Peplau définit les métaparadigmes comme suit :

- La personne : être bio-psycho-socio-spirituel en développement constant qui présente des besoins, auxquels elle répond, en transformant son anxiété en énergie positive. C'est un organisme qui vit dans un équilibre instable, mais la vie est le processus permettant d'aller vers un équilibre stable. Celui-ci n'est atteint que lors de la mort. Une personne migrante arrive dans un milieu inconnu ce qui peut déstabiliser davantage son équilibre. Ainsi, il peut avoir le besoin de faire appel à des services de soins et être confronté à la barrière de la langue.
- L'environnement : le groupe de personnes significatives avec qui la personne interagit selon sa culture. L'environnement n'est pas clairement défini par Peplau mais elle s'est focalisée sur la question de l'environnement comme un « milieu », qu'elle qualifie de thérapeutique. Le milieu est composé d'éléments structurés et non structurés. Ces derniers se composent des relations complexes entre les patients, le personnel, les visiteurs et les autres patients. Le milieu, idéalement, implique la création d'une atmosphère favorable à la guérison. L'infirmier et l'interprète font partie de l'environnement du patient migrant allophone et ils participent à la création d'une atmosphère favorable. La présence d'une tierce personne dans la relation implique un effort d'adaptation dans la façon de maintenir cette atmosphère.

- La santé : un mouvement continu de la personnalité qui permet une activité interpersonnelle, ainsi que l'accomplissement de tâches favorisant le développement personnel. Peplau a identifié deux processus nécessaires à la santé. Le processus biologique, par exemple l'absorption et l'élimination, et le processus social qui encourage le bien-être physique, émotionnel et social. Les personnes allophones sont susceptibles de rencontrer un déséquilibre biologique lors de leur parcours migratoire ou une fois arrivés dans leur pays d'accueil. La barrière de la langue peut influencer leur processus social et impacter leur bien-être physique, émotionnel et social.
- Le soin : la relation interpersonnelle thérapeutique orientée vers un but qui favorise le développement de la personnalité selon un processus en quatre phases. Ici, la relation thérapeutique ne s'effectue plus au sein d'une dyade mais d'une triade. Cette dernière a pour but de favoriser la relation thérapeutique et donc d'améliorer la santé des patients migrants allophones.

3.2.4. Paradigme

Peplau se situe dans le paradigme de l'interaction réciproque. Elle définit la personne comme un être bio-psycho-social, spirituel en développement constant, qui présente des changements, et interagit avec son environnement. De plus, elle dit que la tâche de l'infirmière est d'être focalisée sur l'intérêt pour le patient.

3.2.5. École de pensée

Cette théorie se situe dans l'école de l'interaction, car elle est orientée sur le « processus d'interaction entre l'infirmière et le client » (Pepin et al., 2010, p. 56) qui est le centre d'intérêt des théoriciennes de cette école. Effectivement, Peplau, explique que sa théorie est « spécifiquement axée sur les phénomènes d'interaction : l'interaction personne à personne » (Peplau, 1992, p.85 cité par Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, p.383). Elle considère que les interactions sont fondamentales dans la relation. Cette dernière est considérée comme thérapeutique et elle compose le seul concept multidimensionnel de sa théorie. Les théoriciennes de l'école de l'interaction ont réintroduit l'intuition et la subjectivité dans les soins infirmiers. Ces notions doivent être utilisées afin d'aider la personne à traverser son expérience de santé. Elles considèrent la maladie comme une expérience humaine qui permet le développement de la personne (Pepin et al., 2010).

3.3. Méthodologie de la pratique et rôles infirmier

3.3.1. Les quatre phases qui constituent le soin

Afin de pouvoir mettre en pratique sa théorie, Peplau décrit le processus de soin. Elle propose des outils pour la mise en place et la construction de la relation soignant soigné. Elle propose de diviser ce processus en plusieurs phases. Ces phases correspondent à plusieurs temps qui peuvent se succéder ou se chevaucher. Il ne s'agit pas pour les infirmiers de les appliquer à la lettre. Mais ces phases peuvent permettre d'être conscient de ce qui se joue à un certain moment dans la relation, de l'orienter et d'identifier des objectifs de soins. Peplau propose différents rôles que l'infirmier peut adopter lors de ces phases. Dans la situation de soin avec un patient migrant allophone, l'interprète n'est pas présent lors de tous les soins. L'infirmier est le plus souvent dans une relation à deux avec le patient. Nous sommes donc en présence de deux types de relation : en triade et en diade. Lorsqu'il est présent l'interprète peut permettre à l'infirmier d'occuper un rôle ou l'autre. Il peut peut-être aussi lui-même parfois jouer un de ces rôles. Nous allons maintenant voir plus en détails ces phases et rôles.

Phase d'orientation :

La phase d'orientation est la phase durant laquelle l'infirmier se présente au patient. Il l'informe de son statut professionnel, de la raison et la nature de sa venue, du temps qu'elle a à disposition pour lui et lui transmet ses intérêts professionnels. Il apprend à connaître le patient en tant que personne, récolte les informations essentielles à propos de ses conditions de santé. Le patient participe durant cette phase, en posant des questions et en essayant d'apprendre ce qui doit être su afin qu'il se sente en sécurité. Il commence à connaître le nom et les objectifs de l'infirmier, le temps qui est disponible pour lui. L'infirmier participe à cette phase en aidant le patient à reconnaître et comprendre son problème de santé, l'étendue de ses besoins d'aide et ce que les soins peuvent offrir. De plus, il l'aide à exploiter l'énergie, issue de l'anxiété et la tension, de manière constructive pour définir, comprendre, et résoudre le problème. Il évalue le potentiel, les besoins et les intérêts du patient. Peplau dit que la phase d'orientation est essentielle pour l'intégration complète de la maladie dans l'histoire de vie du patient. C'est une phase qui part du problème et qui mène à l'expression des besoins et des sentiments. C'est dans cette phase qu'une éventuelle barrière de la langue se fait ressentir. Il est donc nécessaire de faire appel à un interprète pour mener cette phase à bien afin de recueillir plus d'informations et mieux identifier les besoins du patient migrant allophone.

Phase d'identification :

C'est la phase durant laquelle le patient apprend comment utiliser la relation patient-infirmier (Peplau, 1952, cité par Fawcett, 2013, p. 385). Quand la première impression du patient est quelque peu clarifiée et il estime qu'il sait ce que la situation peut lui offrir, il répond sélectivement aux personnes qui semblent offrir l'aide dont il a besoin (Peplau, 1952, p. 30). Dans cette phase, le recours à un interprète amène le patient migrant allophone à identifier une offre d'aide supplémentaire.

Phase d'exploitation :

Le plus difficile dans cette phase est de « trouver un équilibre entre le besoin d'être dépendant, comme pendant une maladie grave, et le besoin d'être indépendant, à mesure que le patient récupère » (Peplau, 1952, p.38 cité par Fawcett & DeSanto Madeya, 2013, traduction libre, p.388). Durant cette phase, le patient profite pleinement des soins et services qui lui sont offerts. Il commence à s'orienter vers de nouveaux objectifs, autres que celui de résoudre le problème immédiat (celui qui l'a amené à être hospitalisé), comme par exemple celui de pouvoir être indépendant et rentrer à domicile. Le rôle de l'infirmier est de comprendre ce qui entraîne les changements de comportements, le passage de la dépendance à l'indépendance. Cela permet au patient de développer et améliorer ses compétences dans les relations interpersonnelles (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre). Quel est le possible rôle de l'interprète dans cette phase ? Il n'est pas toujours perçu comme positif. En effet, selon Bischoff & Hudelson (2009), 20% des soignants pensent que le recours à des interprètes peut rendre le patient dépendant.

Phase de résolution :

La tâche principale dans cette phase est la « libération » du patient pour qu'il puisse avancer seul. Le patient ressentira un sentiment de sécurité et de délivrance grâce à l'aide qu'il a reçu lors d'un moment ressentit comme une faiblesse. Ce sentiment de sécurité s'accompagne d'une indépendance qui lui permet de s'occuper de ses problèmes (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre).

3.3.2. Les rôles

Durant sa relation avec le patient, l'infirmier endosse différents rôles. Ils sont définis par les infirmiers eux-mêmes et approuvés par le patient. Les plus pertinents pour les situations de relation entre soignant et soigné sont :

- Rôle d'étranger : Lors de la première rencontre, le soignant et le soigné sont étrangers l'un à l'autre. L'infirmier approche le patient avec respect et l'accepte tel qu'il est.
- Rôle de substitut : L'infirmier a souvent le rôle de substitut de la mère, même si il peut être le substitut d'autres proches du patient. Il se rend compte que le patient lui répond comme il répondrait à des proches. Il l'utilise pour aider les patients à gérer leurs sentiments et apprendre de nouvelles façons d'interagir avec les autres.
- Rôle de professeur : L'infirmier tient compte de ce que le patient sait déjà et de son niveau d'intérêt pour effectuer un enseignement auprès de lui. Ceci permet de développer des situations d'apprentissage qui permettent au patient d'apprendre par l'expérience.
- Rôle de conseiller : L'infirmier observe et écoute le patient de manière à ce qu'il ait une compréhension complète de qui il est, de ses sentiments et actions. Il écoute attentivement le patient qui lui raconte les évènements qui l'ont amené à son hospitalisation.
- Rôle de leader : L'infirmier engage le patient pour qu'il soit un participant actif dans l'organisation de ses soins. Il agit de manière démocratique et non dictatoriale afin de créer le partenariat.
- Rôle de personne ressource : L'infirmier donne des informations spécifiques et nécessaires qui aident le patient à comprendre son problème de santé et sa nouvelle situation. Il doit détecter le moment adéquat pour que le patient assimile les informations qu'elle lui transmet. (Fawcett & DeSanto Madaya, 2013 traduction libre ; Peterson & Bredow, 2013, traduction libre)

3.3.3 Les patterns

Voici les patterns de la théorie des relations interpersonnelles qui sont importants pour la compréhension de ce qu'il se passe dans la relation entre l'infirmier et la personne soignée.

- Pattern complémentaire : le comportement d'une personne s'adapte au comportement de l'autre personne.
- Pattern mutuel : les deux personnes utilisent le même ou un comportement similaire.

- Pattern alternatif : les deux personnes s'alternent sur des comportements différents.
- Pattern antagoniste : le comportement des deux personnes est opposé, mais la relation continue. (Peplau, 1952, cité par Fawcett, 2013, traduction libre, p. 391)

Avec la présence d'un interprète, ces patterns sont en action entre l'infirmier, l'interprète et le patient migrant allophone. Le comportement d'une personne va alors influencer celui des deux autres personnes. Le fait d'être dans une relation triangulaire peut perturber l'équilibre et l'adaptation des comportements qu'il y aurait dans une relation à deux. A contrario cette relation triangulaire peut être une source d'équilibre.

3.4. Question de recherche

Le contexte migratoire actuel amène les soignants à être de plus en plus en contact avec des personnes ne parlant pas leur langue. Cette barrière linguistique peut impacter la santé des patients migrants allophones. En Suisse les institutions hospitalières encouragent le recours à des services d'interprétariat. Les pratiques en la matière ne sont pas uniformisées et les infirmiers ne sont pas formés à travailler en collaboration avec les interprètes. La situation fait intervenir un troisième acteur dans la relation thérapeutique. Cette nouvelle situation amène les infirmiers à développer des stratégies pour le maintien de la qualité des soins. Dans ce contexte et au vu de l'état des connaissances actuelles il est pertinent de poser la question de recherche suivante : "En quoi le recours à l'interprétariat professionnel influence la relation soignant-soigné et ainsi la santé des patients migrants allophones ?"

4. Méthode

Ce chapitre a pour but la description de la méthodologie de sélection des articles qui composent notre revue de littérature. Les articles sélectionnés ne se limitent pas à la zone géographique européenne.

4.1. Sources d'informations et stratégie de recherche documentaire

La formulation de la question de recherche a été réalisée selon la méthode PICOT. Cette dernière permet l'identification des mots clés selon différents concepts, et ainsi, l'affinage de notre recherche documentaire. Le P représente la population cible, le I l'intervention, le C le comparateur ou le contexte, le O l'outcome c'est à dire le résultat et le T la temporalité. Dans le cadre de notre question de recherche, voici notre PICOT

Tableau 1. Méthode PICOT

P	Patients migrants allophones
I	Interprétariat professionnel
C	Non présent
O	Santé des patients et relation soignant-soigné
T	Non présent

Les articles scientifiques sélectionnés pour ce travail sont issus des bases de données suivantes :

- PUBMED, qui est une base de données basée sur les sciences biomédicales. Les principaux domaines couverts sont la médecine, la santé, la biologie, la biochimie, la pharmacologie, la toxicologie et les sciences infirmières.
- CIHNAL couvre essentiellement les domaines des sciences infirmières, des sciences de la santé et des sciences paramédicales.

Pour effectuer une recherche sur ces bases de données, les équations regroupent les différents termes du PICO, traduits en mots-clés. Ces derniers sont traduits en anglais pour l'obtention de MeSH Terms. Chaque base de données possède son propre répertoire de MeSH Terms. Il est possible d'utiliser des synonymes des concepts clés pour élargir la recherche. Tous les concepts de l'équation de recherche sont reliés entre eux par l'opérateur booléen “AND”. Cela signifie que l'on veut qu'ils soient présents dans les articles. Les synonymes sont quant à eux, reliés par l'opérateur booléen “OR”, ainsi il est possible que seulement un des synonymes soit présent dans les articles. Les équations de recherches permettent d'interroger les bases de données de manière ciblée et ainsi trouver des articles scientifiques en lien avec le sujet souhaité. Il est possible d'ajouter des filtres qui permettent de cibler davantage la recherche. Les tableaux suivants regroupent les mots clés et les équations de recherche utilisées dans les différentes bases de données.

Tableau 2. MeSH Terms

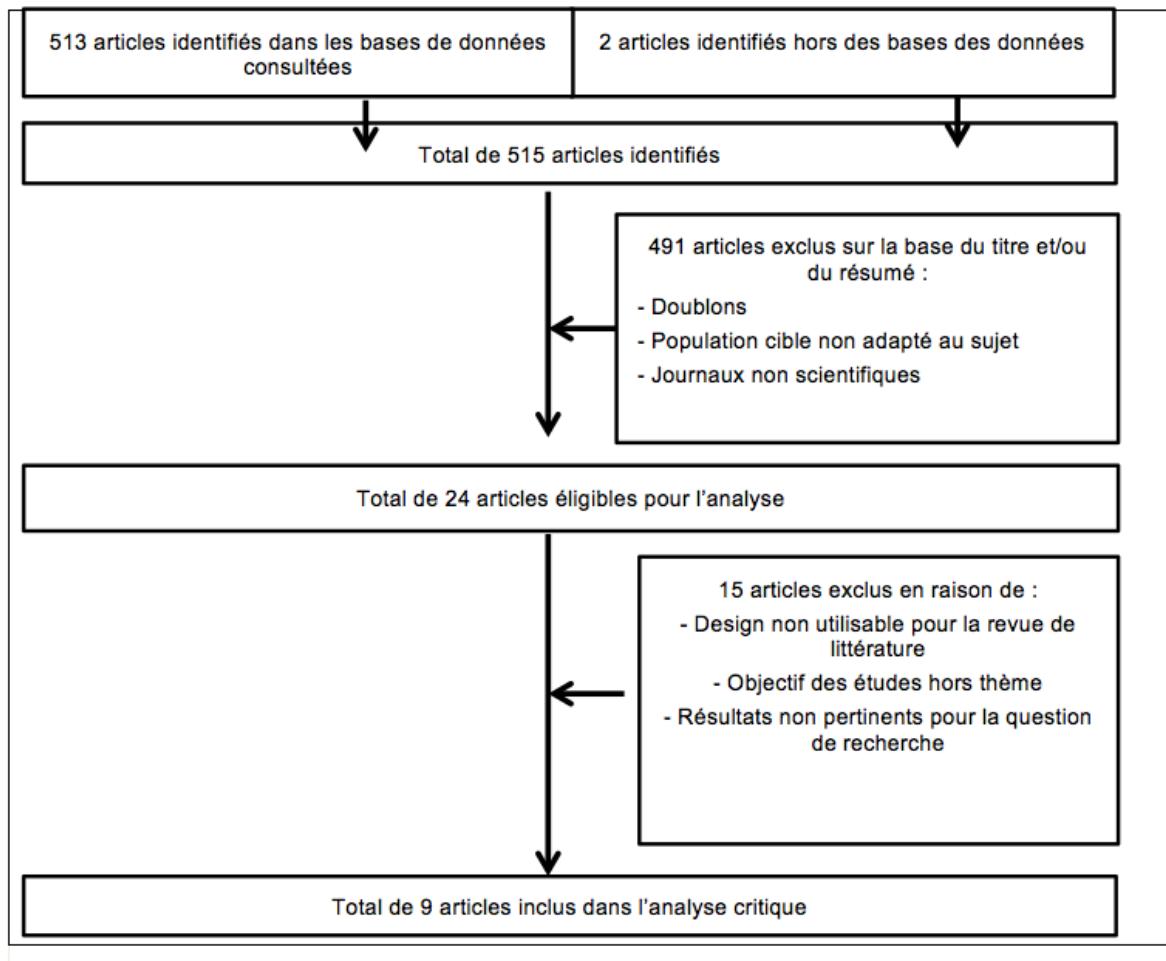
Mots-clés	Synonymes	He top / traduction	Mesh terms Pub Med	Mesh terms Cinahl
Migrants	Patients, Patient allophones	Migrants, Patients, Allophones patients	Migrants, Patients, Allophone	Migrants, Patients, Allophone, Patients with limited english proficient, Foreign language speaking patients
Infirmiers	Soignants	Nurses	Nurses	Nurses
Interprètes professionnels	Interprète, Interprétariat	Professional interpreters, Interpreters,	Professional interpreters,	Professional interpreters, Interpreters in healthcare
Santé	Soins, Résultats, Effets, Bénéfices	Health, Healthcare, Outcome, Benefits, Effects	Health, Healthcare, Outcomes, Benefits, Effects	Health, Healthcare, Outcomes, Benefits, Effects
Relation	Interaction, Barrière de la communication, Triade	Relation, Relationship, Interaction, Communication barriers, Triad	Relation, Relationship, Communication barriers, Triad,	Relation, Relationship, Communication barriers, Triad, Triad situation

Tableau 3. Equations de recherche

Base de donnée et Dates	Equation de recherche	Filtre	Résultats
28.11.2017 CIHNAL	Nurses [AND] patients [AND] interpreters [AND] health	Publications à partir de 2010	56
16.01.2018 CIHNAL	Nurses [AND] patients [AND] interpreters	Publications à partir de 2010	92
16.01.2018 CIHNAL	Interpreters in healthcare [AND] outcomes [OR] benefits [OR] effects	Publications à partir de 2007 Full text Academic Journal	11
16.01.2018 CIHNAL	Interpreters [AND] benefits	Publications à partir de 2007	58
16.01.2018 CIHNAL	Patients with limited english proficient [AND] interpreters	Publications à partir de 2007 Full text	8
16.01.2018 CIHNAL	Interpreters [AND] communication barriers	Publications à partir de 2007 Full text	136
17.01.2018 CIHNAL	Nurses [AND] interpreter [AND] patients [OR] allophone [AND] relation	Publications à partir de 2005	152

4.2. Diagramme de flux

Figure 3. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles



A partir des résultats obtenus, la sélection s'est faite en plusieurs temps et selon plusieurs critères. Premièrement, des articles ont été exclus selon leurs titres. De plus, les doublons ont été supprimés. Deuxièmement, après lecture de l'abstract, une nouvelle exclusion d'article s'est faite. Les articles dont la population cible ne correspondait pas à celle étudiée dans ce travail ont été exclus ainsi que les articles publiés dans des journaux non scientifiques. Suite à cette sélection, 24 articles ont été lus en entier. Parmi ceux-ci 9 ont été retenus pour l'analyse critique. Les critères d'éligibilité étaient les suivants :

- Design de l'article adéquat (présence d'une introduction, une méthodologie claire, des résultats et une discussion)
- Objectif de l'étude adapté à notre sujet
- Résultats pertinents au vue de la question de recherche

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la figure 3.

5. Résultats

Les 9 articles sélectionnés pour cette revue de la littérature ont été publiés entre 2006 et 2015. Parmi ceux-ci, 4 articles sont des études qualitatives, 4 sont des études quantitatives et 1 est une étude mixte. Il existe 4 niveaux de preuve, N4 étant le niveau le plus faible, N1 le plus fort. Parmi les études quantitatives choisies dans cette revue de la littérature, 3 sont de niveau N4 et 1 de niveau N2. Les études qualitatives ne sont pas classées selon la pyramide des niveaux de preuve car ce sont la qualité des propos, des vécus qui priment sur le nombre, contrairement aux études quantitatives. Il est important de noter que le niveau de preuve d'une étude n'est pas exhaustif et que la question de recherche joue un rôle dans le choix des études. Parmi les études sélectionnées, 5 ont été conduites aux Etats-Unis, 3 en Europe (Norvège, Suède, Royaume-Uni) et 1 en Australie.

5.1. Analyse critique des articles retenus

5.1.1. Fréquence d'utilisation d'un interprète

La littérature met en évidence que le recours à l'interprétariat n'est pas systématique, et ce pour différentes raisons. Selon Kale & Syed (2010), qui ont mené une étude quantitative auprès de 453 soignants, l'utilisation d'un interprète prend du temps, et l'accès aux services d'interprétariat est limité, notamment par le manque d'institutionnalisation d'interprètes. De plus, selon une étude quantitative menée auprès de 447 patients migrants allophones, le recours aux interprètes est plus difficile dans des situations de santé spécifiques, comme lors de situations d'urgence, ou lorsque les capacités mentales des patients ne permettent pas une communication verbale (ex : patient comateux) (Bagchi, Dale, Verbitski-Savitz, Andrecheck, Zavotsky & Eisenstein, 2010). La présence d'interprètes informels est aussi une raison pour laquelle les infirmiers ne font pas appel à un interprète. En effet, selon Kale & Syed (2010), 51.3% des infirmiers utilisent souvent la famille ou les amis comme interprète pour communiquer avec le patient.

5.1.2. Outils et moyens pour améliorer l'utilisation de l'interprétariat

Différents prérequis sont cités dans la littérature afin d'améliorer la collaboration avec les interprètes. Ces outils sont amenés par les interprètes, les soignants et les patients allophones. Selon Nailon (2006), l'étude qualitative menée auprès de quinze infirmiers a mis en évidence qu'ils ont besoin d'être en accord avec la performance des interprètes et pour cela l'interprète doit avoir de bonnes connaissances en terminologie médicale afin de transmettre précisément les informations. C'est un prérequis qui ressort dans l'étude qualitative menée par Hadziabdic, Heikkilä, Albin et Hjelm (2009) auprès de dix-sept patients migrants allophones. En effet, les patients allophones se sentent plus en confiance si l'interprète connaît le vocabulaire médical et adapte son langage pour faciliter leur compréhension. Quant aux interprètes, selon une étude qualitative menée auprès de 30 interprètes, ils demandent une formation continue en terminologie médicale pour être à jour et transmettre avec exactitude les propos à traduire (Butow, Lobb, Jefford, Goldstein, Eisenbruch, Gergis, ... Schofield, 2010). En effet, plus les interprètes professionnels ont d'heures de formation, moins ils font d'erreurs de traduction. De plus, une étude quantitative réalisée lors de cinquante-sept rencontres entre soignant, patient et interprète met en évidence que les interprètes ayant reçu plus de cents heures de formation ne commettaient, pendant les rencontres, aucune erreur ayant de possibles conséquences cliniques, contre quatre erreurs pour les interprètes moins formés (Flores, Abreu, Pizzo Barone, Bachur & Lin, 2012). L'entraînement professionnel des interprètes combiné à leurs compétences linguistiques de grande qualité aide les patients à comprendre et être compris. Leur entraînement leur permet une meilleure qualité de communication (Hadziabdic, Heikkilä, Albin & Hjelm, 2009, traduction libre).

Les infirmiers essayent d'utiliser le même interprète durant tout le parcours de soins si cela est possible car cela permet de poser un cadre plus rassurant (Nailon, 2006). Justement les patients allophones se plaignent du manque de continuité dans l'utilisation des interprètes. Si un interprète était perçu comme compétent ils voulaient le garder afin de ne pas tout recommencer avec un inconnu et de devoir développer à nouveau une relation de confiance car cela prend du temps (Hadziabdic, Heikkilä, Albin & Hjelm, 2009). Les interprètes partagent cet avis, ils évoquent comme étant des dilemmes la contrainte de temps et l'absence de continuité (Butow & Al, 2010).

L'importance de faire recours à un interprète qui parle exactement le même dialecte que le patient est un prérequis amené par chacun des collaborateurs. Les patients disent que l'interprète devrait être capable de reconnaître de quelle région du pays ils sont originaires et s'il va être capable de le comprendre (Hadziabdic, Heikkilä, Albin & Hjelm, 2009). Les interprètes conseillent aux soignants de s'adresser directement aux patients et non pas de

passer par eux (Butow & Al, 2010). En effet, les infirmiers préfèrent s'adresser directement aux patients pour maintenir la relation avec le patient d'autant plus quand l'interprète ne semble pas engagé pour le patient et n'a pas une attitude professionnelle (Nailon, 2006). Les patients disent aussi qu'une attitude professionnelle venant des interprètes est indispensable pour une bonne situation d'interprétariat (Hadziabdic, Heikkilä, Albin & Hjelm, 2009).

5.1.3. La relation à trois

Il ressort d'une étude qualitative menée auprès de vingt-six interprètes et trente-deux soignants, qu'il est primordial que le soignant et l'interprète aient des objectifs communs afin de créer une relation de confiance entre eux (Hsieh, Ju & Kong, 2015). Ces objectifs peuvent être définis avant la rencontre en faisant un briefing (Butow & Al, 2010). Ce dernier permet de mettre en place des modèles de collaboration optimaux, qui améliorent la confiance réciproque, afin d'aboutir au principal objectif : le soin au patient (Hsieh, Ju & Kong, 2015). Selon Nailon (2006), les infirmiers se sentent dépendant des interprètes pour développer et maintenir des liens interpersonnels grâce auxquels leurs préoccupations pour le patient ainsi que les exigences de soins peuvent être communiquées. Cependant, les infirmiers craignent que leur propre investissement ne soit pas perçu si celui des interprètes n'est pas suffisant. Pour maintenir la relation, certains infirmiers s'adressent directement au patient plutôt qu'à l'interprète. Mais selon Seale, Rivas & Kelly (2013), dans une étude mixte réalisée auprès de vingt-six patients, il a été relevé que lors de consultations traduites, les infirmiers et les patients ne s'adressent pas directement l'un à l'autre mais passent par l'interprète en utilisant le pronom « il ». De plus, les patients se tournent parfois spontanément plus facilement vers l'interprète que vers le soignant (Hadziabdic, Heikkilä, Albin & Hjelm, 2009). Puisque tous les dires passent par la voix de l'interprète, il peut être difficile pour le patient de savoir s'il est confronté à l'opinion du soignant ou de l'interprète. Les infirmiers expriment qu'il est important que les interprètes ne dépassent pas leurs limites professionnelles et ne prennent pas le contrôle sur les soignants (Hsieh, Ju & Kong, 2015). Cette opinion est partagée par les interprètes qui recommandent aux soignants d'être directifs et de prendre le contrôle de la consultation dans le but d'améliorer le vécu de la consultation pour les patients allophones (Butow & Al, 2010).

Selon Nailon (2006), les infirmiers sont préoccupés par le fait que leur première intervention face à un patient migrant allophone est de le laisser seul pour aller chercher un interprète. De ce fait, ils sont inquiets de comment le patient peut se sentir abandonné et moins important :

Vous êtes en train de dire, « juste une minute, je sais que vous voulez me dire

quelque chose. Je vais revenir. » Et ils ne savent pas ce que tu es en train de dire. Tu ne peux même pas dire « Vous êtes important pour moi. Laissez moi trouver un interprète pour que l'on puisse parler ». Ca arrive tout le temps. Et je ne pense pas qu'ils croient toujours que tu vas revenir. Ils s'inquiètent et se disent « oh, la voilà ». Et tu ne peux pas leur transmettre « Ok, je vais revenir. J'ai juste besoin d'un interprète pour que l'on comprenne ce qu'il se passe » (p. 124).

Les infirmiers ont réalisé que l'absence d'interprète empêche d'établir ou de maintenir une relation comme il le souhaiterait. De plus, elle réduit le temps passé auprès des patients allophones (Nailon, 2006). Les patients expriment être satisfaits de la rencontre, lorsqu'ils avaient une bonne relation avec l'interprète. Selon Bagchi, Dale, Verbitsky-Savitz, Andrecheck, Zavotsky & Eisenstein (2010), 91,3% des patients ayant bénéficié de la présence d'un interprète sont très satisfaits de la communication établie avec les soignants. Cependant, les patients allophones sont inquiets par rapport à la traduction correcte de leurs propos par l'interprète et de la confidentialité de ce dernier (Hadziabdic, Heikkilä, Albin & Hjelm, 2009). D'ailleurs, selon Seale, Rivas & Kelly (2013), les patients allophones, en présence d'interprète, comparativement aux patients non allophones, discutent moins de leur vie privée, utilisent moins d'humour lors des rencontres et ne partagent pas leurs sentiments. Ils expriment une plus grande difficulté à communiquer une émotion par le biais d'un interprète (Hadziabdic, Heikkilä, Albin & Hjelm, 2009). Et pourtant, de nombreux soignants pensent que les interprètes peuvent apporter un soutien émotionnel au patient (Hsieh, Ju & Kong, 2015). Quant à eux, les interprètes désirent bénéficier de formations supplémentaires pour améliorer leurs compétences en matière de soutien au patient. Mais ils craignent que cette posture interfère avec le maintien de la distance professionnelle (Butow & Al, 2010).

5.1.4. La santé des patients migrants allophones

Le recours à l'interprétariat dans les soins permet d'améliorer, en partie, la santé des patients migrants allophones de différentes manières. La présence d'un interprète professionnel lors de consultations améliore nettement la compréhension des informations par le patient, ainsi que leur satisfaction. En effet, 88% des patients migrants allophones ayant bénéficié d'un interprète ont jugé très facile de comprendre les informations qui leur étaient transmises par les soignants, contre seulement 15% des patients migrants allophones n'ayant pas bénéficié d'interprète professionnel (Bagchi, Dale, Verbitsky-Savitz, Andrecheck, Zavotsky & Eisenstein, 2010). De plus, il est important de noter que plus d'erreurs (omissions, additions...) ayant de possibles conséquences cliniques sont réalisées lors de rencontres sans interprètes que lors de rencontres en présence d'interprètes professionnels. En effet, 12% de ces erreurs avaient lieu en présence

d'interprètes professionnels contre 20% lors de rencontres sans interprètes. Ces erreurs pouvaient concerter la posologie, la fréquence d'administration ou encore la durée du traitement prescrit, mais aussi les différents symptômes pour lesquels les patients devaient reconsulter aux urgences (Flores, Abreu, Barone, Bachur & Lin, 2012). Si les informations qui sont transmises aux patients migrants allophones sont justes et comprises, alors ils peuvent bénéficier et assurer des auto-soins de qualité et adaptés à leur problème de santé.

Selon Jimenez, Moreno, Leng, Buchwald & Morales (2012), dans une étude quantitative menée auprès de 185 patients migrants allophones, ceux ayant toujours bénéficié d'un interprète ont estimé avoir une prise en charge plus adéquate de leur douleur lors de leur hospitalisation que les patients n'ayant pas toujours pu avoir accès à un interprète. En présence d'interprètes, les soignants étaient jugés serviables et répondaient à temps à la douleur exprimée par les patients. La barrière de la langue a été jugée comme étant un obstacle pour recevoir un traitement antalgique par l'infirmier chez 13% des patients migrants allophones n'ayant pas toujours bénéficié d'un interprète contre 8% des patients ayant toujours eu accès à un interprète. Le recours à l'interprétariat professionnel améliore la prise en charge de la douleur chez les patients migrants allophones et ainsi leur satisfaction des soins infirmiers.

Le fait que les soignants et les interprètes aient comme objectif commun le soin au patient migrant allophone est primordial. En effet, les deux protagonistes veulent comprendre au mieux ce qu'il se passe, améliorer leur collaboration, pour apporter les meilleurs soins possibles aux patients allophones (Hsieh, Ju & Kong, 2015). La collaboration avec les interprètes professionnels améliore la satisfaction des soignants sur la prise en charge de la barrière de la langue et donc de leur prise en soins (Bagchi, Dale, Verbitsky-Savitz, Andrecheck, Zavotsky & Eisenstein, 2010). Ainsi, la barrière de la langue n'est plus un obstacle à des soins de qualité, adaptés aux besoins de santé des patients migrants allophones. Cependant, il existe encore des différences entre les patients migrants allophones bénéficiant d'un interprète et les patients parlant la langue du pays. En effet, lors de consultations, les patients parlant la langue du pays amènent plus de discussions sur l'éducation thérapeutique ou leur motivation à changer leur comportement et participer à l'amélioration de leur prise en soins et leurs connaissances. De plus, les patients migrants allophones, en présence d'un interprète, ont moins parlé des autres problèmes de santé qui les touchaient et ont montré moins de participation dans l'évaluation ou l'information de leurs paramètres cliniques liés au diabète. De ce fait, leur santé est impactée et gérée de manière différente de celle des patients parlant la langue du pays (Seale, Rivas & Kelly, 2013).

5.2. Tableau comparatif

Le tableau 4 ci-dessous rassemble les différents éléments principaux des articles sélectionnés pour la revue de littérature. Un bref résumé des résultats des études permet de faire ressortir les points clés des articles. Les limites de chaque article sont mises en évidence ainsi que les considérations éthiques. Les principales recommandations, pour les soignants ou la pratique, émises par les différents chercheurs y sont résumées.

Tableau 4. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

N°	- Auteurs	- Population	- Méthode et instruments de mesure	Résultats principaux	Limites/ Considérations éthiques	Commentaires/ Recommandations
	- Année	- Type d'étude	- But de l'étude	- Intervention		
1	- Ann D. Bagchi, Stacy Dale, Natalya Verbitsky-Savitz, Sky Andrecheck, Kathleen Zavotsky, Robert Eisenstein - 2010 - New Jersey, USA	- N = 447 Echantillonnage par grappe Attribution au groupe traitement (= patients ayant bénéficié d'un interprète professionnel) ou contrôle (= patients n'ayant pas bénéficié d'un interprète professionnel) en fonction de l'heure à laquelle ils consultaient aux urgences - Etude expérimentale (⇒ étude quantitative) - Le but de l'étude est de savoir si le recours à l'interprétariat en présence joue un rôle sur la satisfaction des patients et des soignants, en comparaison à d'autres techniques (pas d'interprétariat, l'interprétariat téléphonique ou l'utilisation d'interprètes informels).	- Questionnaires - VI = Recours à interprétariat professionnel VD = La satisfaction des patients sur la communication	- La majorité des patients du groupe traitement (88%), contrairement aux patients du groupe contrôle (15,6%), ont trouvé très facile de comprendre les informations qui leur avaient été transmises → Résultats significatifs car $p = 0.01$ - Le nombre de patients, dans le groupe traitement (95%), satisfaits de la communication établie avec les soignants était plus élevé que dans le groupe contrôle (61%) → Résultats significatifs car $p = 0.01$ - Les infirmiers s'étant occupé des patients du groupe traitement étaient plus satisfaits de la prise en charge de la barrière de la langue et de leur prise en soins que les infirmiers s'étant occupée des patients du groupe contrôle (94% contre 20%) → Résultats significatifs car $p = 0.01$	- Généralisabilité de l'étude (étude menée dans seulement 2 hôpitaux) - Population restreinte à des patients parlant espagnol seulement (avec un niveau d'anglais limité). - Outcome orienté seulement sur la satisfaction de la communication - Etude menée aux urgences donc on ne peut savoir si les résultats auraient été les mêmes avec des patients ayant déjà établi une relation de confiance avec le soignant. Aucun problème éthique n'a été soulevé par les chercheurs	- Rendre disponible la présence d'un service d'interprétariat dans les unités de soins - Privilégier l'interprétariat en présence car il permet d'obtenir des informations transmises par le non-verbal du patient nécessaires à l'évaluation de la santé de ce dernier par le soignant

N°	- Auteurs	- Population	- Méthode et instruments de mesure	Résultats principaux	Limites/ Considérations éthiques	Commentaires/ Recommandations
2	<ul style="list-style-type: none"> - Regina E. Nailon - 2006 - Oregon, USA 	<ul style="list-style-type: none"> - N = 15 - Echantillonnage intentionnel - Etude phénoménologique (↔ étude qualitative) - Le but de l'étude est d'explorer et interpréter l'expérience des infirmiers qui prennent soin de patients Latinos, qui ne parle pas anglais, afin que les préoccupations quotidiennes, les compétences, les pratiques et les expériences des infirmiers puissent être exposées, comprises et décrites. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens structurés, groupe et individuels + observation participante - Pas d'intervention (donc pas de VI et VD) car c'est une étude qualitative 	<p>Les infirmiers (sauf ceux avec des habilités modérées en espagnol) ont dit être dépendant des interprètes pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'ils les assistent et qu'ils fassent une évaluation clinique précise du patient (même les infirmiers avec des capacités modérées en espagnol). - Développer et maintenir des liens interpersonnels grâce auxquels leurs préoccupations pour le patient ainsi que les exigences de soins peuvent être communiquées. <p>Les préoccupations, à propos des prises en soins des patients ne parlant pas anglais, qui ont sollicités l'attention des infirmiers et influencé leur pratique quotidienne sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manque de disponibilité des interprètes - Les défis liés à la communication claire, précise et compréhensible des exigences de soins à l'aide d'une tierce personne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Certains infirmiers avaient des habilités en espagnol donc n'ont pas utilisé d'interprète, leur vision de l'interprétariat peut être différente si ils n'avaient pas ces habilités - Etude réalisée seulement dans 4 hôpitaux, d'un seul état des Etats-Unis <p>Aucun problème éthique n'a été soulevé par les chercheurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formation des infirmiers et des interprètes pour qu'ils apprennent à travailler ensemble - Institutionnalisation d'interprètes professionnels au sein des hôpitaux - Mettre en place des débriefings soignant-interprètes pour échanger suite à des situations difficiles - Réalisation de check-back par les infirmiers pour s'assurer que l'information transmise ait été comprise par le patient - Formation des étudiants infirmiers sur l'interprétariat

N°	- Auteurs - Année - Lieu et pays	- Population - Type d'étude - But de l'étude	- Méthode et instruments de mesure - Intervention	Résultats principaux	Limites/ Considérations éthiques	Commentaires/ Recommandations
3	- Glenn Flores, Milagros Abreu, Cara Pizzo Barone, Richard Bachur, Hua Lin - 2012 - Massachusetts, USA	- N= 57 (rencontres) Echantillonnage intentionnel - Etude transversale (↔ étude quantitative) - Le but de l'étude est de comparer les erreurs des interprètes et leurs possibles conséquences lors des rencontres médicales, avec des patients parlant espagnol et ayant un niveau limité d'anglais et avec des interprètes professionnels VS informels VS sans interprètes.	- Enregistrements audio des rencontres - VI = Recours à des interprètes professionnels, informels, ou pas d'interprète VD = Les erreurs commises par les interprètes et leurs possibles conséquences cliniques	- En tout, 1884 erreurs réalisés par les interprètes (toutes catégories confondues) ont été relevées (↔ environ 33 erreurs par rencontre). Les interprètes informels étaient ceux qui faisaient le plus d'erreurs - Environ 18% des erreurs avaient des possibles conséquences cliniques. En moyenne, 6 erreurs avec de possibles conséquences cliniques avaient lieu lors des rencontres (il pouvait y avoir de 0 à 47 erreurs de ce type par rencontres). Ces erreurs étaient plus souvent commises en présence d'interprète informels et moins souvent en présence d'interprètes professionnels - Les interprètes ayant reçu 100h ou plus de formation faisaient, en moyenne, environ 20 erreurs de moins, que ceux qui avaient reçu moins de 100h. Ils faisaient moins d'erreurs avec de possibles conséquences cliniques. - La proportion des erreurs avec de possibles conséquences cliniques étaient de 2% pour les interprètes ayant reçu plus de 100h de formation et de 12% pour ceux ayant reçu moins de 100h.	- Etude réalisée seulement dans deux services d'urgence et n'incluant pas l'interprétariat téléphonique - Population de l'étude ne concernant que des patients pédiatriques dont la langue maternelle des parents est l'espagnol - Les enregistrements audio ne permettent de percevoir le non-verbal des participants à l'étude - Le chercheur présent durant la rencontre n'était pas « aveugle » - Les heures de formations reçues par les interprètes n'étaient pas vérifiées	Aucun problème éthique - Il faudrait savoir quel est le contenu optimal de la formation des interprètes médicaux et les particularités de la relation permettant de réduire au maximum les erreurs d'interprétariat et leurs possibles conséquences cliniques. Cela dans le but d'améliorer la formation des interprètes et ainsi assurer la sécurité des patients.

N°	- Auteurs - Année - Lieu et pays	- Population - Type d'étude - But de l'étude	- Méthode et instruments de mesure - Intervention	Résultats principaux	Limites/ Considérations éthiques	Commentaires/ Recommandations
4	- Emine Kale, Hammad Raza Syed - 2010 - Oslo, Norvège	- N= 453 Echantillonnage intentionnel - Etude transversale (↔ étude quantitative) - Le but de l'étude est d'examiner la communication interculturelle et savoir combien de fois les soignants ont ressentis le besoin de faire appel à un interprète, que faisaient-ils dans ce genre de situations, quelles attentes ils avaient des interprètes et leur évaluation des compétences nécessaires	- Questionnaire structuré (36 questions) Pas de VI ni de VD car aucune intervention n'est étudiée.	<ul style="list-style-type: none"> - Dans 41% des situations où le patient ne parle pas la langue du soignant, les infirmiers ne font pas appel à un interprète → Résultats significatifs car $p = 0.001$ - Les médecins utilisent plus souvent des interprètes que les infirmiers (car ils sont responsables des diagnostics, instaurations de traitements...) → Résultats significatifs car $p < 0.0001$ - Les médecins sont majoritairement satisfaits de leur manière de travailler avec un interprète (74%) contre 59% des infirmiers - Non utilisation des interprètes pour des raisons organisationnelles : 26% disent que cela prend plus de temps, 21% trouvent difficile d'obtenir un rdv, situation de soin aigüe. - L'utilisation d'interprète informel reste très fréquente : 51,3% des infirmiers utilisent ce type d'interprétariat. - 73% des infirmiers estiment que l'institution ne leur donne pas l'opportunité d'améliorer leurs compétences pour travailler et utiliser les services d'interprétariat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible taux de réponse ne permettant pas de donner des conclusions définitives - Etude quantitative donc ne met pas en évidence les nuances possibles dans les réponses des soignants - Non inclusion de la vision qu'ont les patients et les interprètes sur la barrière de la langue <p>Aucun problème éthique n'a été soulevé par les chercheurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Une formation des soignants à l'évaluation de la barrière de la langue chez un patient et comment surmonter celle-ci est nécessaire pour qu'ils puissent assurer la santé des patients allophones - Mettre en place des procédures au sein des institutions permettrait d'assurer une collaboration efficace entre les soignants et les interprètes - Les directeurs des institutions doivent prendre conscience qu'il est nécessaire d'adapter les services de soins aux patients allophones.

N°	- Auteurs - Année - Lieu et pays	- Population - Type d'étude - But de l'étude	- Méthode et instruments de mesure - Intervention	Résultats principaux	Limites/ Considérations éthiques	Commentaires/ Recommandations
5	- Nathalia Jimenez, Gerardo Moreno, Mei Leng, Dedra Buchwald, Leo S. Morales - 2012 - USA	<p>- N= 185</p> <p>Echantillonnage par commodité avec un groupe cas (participants ayant toujours eu un interprète) et un groupe témoin (participants n'ayant pas toujours eu ou pas du tout eu d'interprètes)</p> <p>- C'est une seconde analyse de 2 études transversales (⇒ étude quantitative)</p> <p>- Le but de l'étude est de déterminer si l'utilisation d'un interprète était en lien avec la qualité de la prise en charge de la douleur aigüe chez les patientes Latina ayant des capacités limitées en anglais.</p>	<p>- Questionnaire</p> <p>- VI = Présence d'un interprète</p> <p>VD = Prise en charge de la douleur</p>	<p>- Le groupe cas, en comparaison au groupe témoin, avait de meilleurs résultats concernant la prise en charge adéquate de la douleur durant leur hospitalisation, une réponse à leur douleur réalisée à temps et la servabilité des soignants pour répondre à leur douleur (les résultats étaient significatifs car $p < 0.05$)</p> <p>- La barrière de la langue a été un problème pour recevoir un traitement antalgique chez 13% des participants du groupe témoin contre 8% des participants du groupe cas.</p> <p>- 96% des patients du groupe cas ont dit ne pas avoir de problème à avoir un antalgique par l'infirmier, lorsque celui-ci ne parlait pas espagnol, contre 87% du groupe témoin</p> <p>- 2% des patients du groupe cas ont eu beaucoup de difficulté à recevoir un antalgique par l'infirmier contre 6% du groupe témoin</p>	<p>- Résultats récoltés seulement lors de la sortie des patients et non à l'entrée</p> <p>- Pas de données sur le type de traitements antalgique, l'intensité et la durée de la douleur (indicateurs pouvant avoir une influence sur l'évaluation de la qualité de la prise en charge de la douleur)</p> <p>- Echantillonnage non probabiliste</p> <p>Aucun problème éthique n'a été soulevé par les chercheurs</p>	<p>- Il semble important de promouvoir l'utilisation des interprètes formels pour améliorer l'évaluation clinique (description de la douleur, des symptômes associés, des effets indésirables des traitements) et le traitement de la douleur chez les patients allophones.</p>

N°	- Auteurs - Année - Lieu et pays	- Population - Type d'étude - But de l'étude	- Méthode et instruments de mesure - Intervention	Résultats principaux	Limites/ Considérations éthiques	Commentaires/ Recommandations
6	- Phyllis N. Butow, Elizabeth Lobb, Michael Jefford, David Goldstein, Maurice Eisenbruch, Afaf Gergis, Madeleine King, Ming Sze, Lynley Aldridge & Penelope Schofield - 2010 - Victoria et New South Wales, Australie	- N= 30 Echantillonnage intentionnel - Etudes phénoménologique (⇒ étude qualitative) - Le but de l'étude est de comprendre la vision des interprètes sur certains aspects de leur travail. Trois aspects ont été dégagé : la perception de leur rôle (1 ^{er} thème) les défis auxquels ils font face avec les patients en oncologie (2 ^{ème} thème), leurs besoins en formation et en soutien (3 ^{ème} thème.)	- Entretiens de groupe et questionnaire - Pas de VI ni VD car le design est qualitatif	- Les participants étaient dans leur ensemble très clair sur le rôle qu'ils doivent remplir - Les dilemmes qui ont émergés sont : <ul style="list-style-type: none">• Être exact et précis dans la traduction mais aussi assurer la compréhension des deux partis• Simple traducteur versus défenseur de la culture et sensibilité à la culture des patients• Maintenir une distance professionnelle versus apporter du soutien• La contrainte de temps et l'absence de continuité• La charge émotionnelle propre aux patients en oncologie• La relation avec les proches des patients - Les interprètes ont des attentes sur la formation et le soutien (formation en terminologie médicale, sur le soutien aux proches, sur le soutien entre interprètes) - Propositions concrètes des interprètes pour améliorer la collaboration avec les soignants.	- Les langues traduites par les interprètes étaient limitées au chinois, au grec et à l'arabe - Les participants à l'étude n'ont été recrutés que dans deux centres d'interprétariat - L'étude de permet pas de répondre à l'ensemble de la question de recherche initiale - Les bénéfices et les impacts des interprètes sur les patients ne sont pas abordés Aucun problème éthique n'a été soulevé par les chercheurs	- Les interprètes pourraient donner des propositions aux professionnels de la santé pour améliorer leur collaboration avec les interprètes et ainsi améliorer le vécu de la consultation par les patients allophones. - Formation des interprètes professionnels à l'interprétariat médical pour assurer la qualité des soins en présence d'un interprète professionnel. - Considérer les interprètes comme des partenaires de soins pour que le patient puisse bénéficier des meilleurs soins possibles. - L'interprète n'est pas un acteur neutre

N°	- Auteurs	- Population	- Méthode et instruments de mesure	Résultats principaux	Limites/ Considérations éthiques	Commentaires/ Recommandations
7	<ul style="list-style-type: none"> - Clive Seale, Carol Rivas et Moira Kelly - 2013 - Quatre centres de premiers recours à Tower Hamlets à l'est de Londres (Royaume-Uni) 	<ul style="list-style-type: none"> - N= 26 Echantillonnage par grappe : Un groupe composé de 24 patients parlant couramment l'anglais et un groupe composé de 12 patients ne parlant pas anglais et nécessitant un interprète - Devis mixte simultané avec triangulation : <ul style="list-style-type: none"> • Design qualitatif : Phénoménologique • Design quantitatif : Transversal - Le but de l'étude est d'identifier les challenges de l'utilisation des interprètes lors de consultations et d'expliquer les inconvénients vécus par les patients atteints de diabète appartenant à des groupes minoritaires. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enregistrements audio pour la méthode qualitative + utilisation d'un logiciel pour la méthode quantitative 	<ul style="list-style-type: none"> - Les patients parlant couramment anglais posent plus de questions et amènent plus de discussion sur l'éducation thérapeutique. - Les patients parlant anglais ont plus utilisé l'humour, parlé de leur vie privée et fait part de leurs sentiments. - Les soignants parlent avec plus d'humour et parlent de sentiments, de ressentis avec les patients parlant couramment anglais. - Les patients en consultations avec un interprète ont moins parlé et posé moins de questions que les patients parlant anglais couramment → résultat significatif car $p = 0.039$ - Les patients avec un interprète parlaient moins de leur propre idée sur le diabète et de sujets clinique liés au diabète → résultat significatif car $p < 0.001$ - La distance sociale entre le patient et l'infirmière est due à la différence de langue (moins d'humour, de discussions sur ressentis, sur vie privée...) → résultat significatif car $p < 0.001$ - Les infirmières ont rarement adressé la parole directement aux patients ne parlant pas anglais (utilisation de « il ») → résultat significatif car $p < 0.001$ 	<ul style="list-style-type: none"> - L'étude a eu lieu dans une unité de soins primaire, lors de consultation en diabétologie - L'étude porte principalement sur des patients provenant du Bangladesh - Les rendez-vous étaient programmés à l'avance avec la présence d'un interprète professionnel. Les résultats auraient sûrement été différents sans planification (interprète informel) <p>Aucun problème éthique n'a été soulevé par les chercheurs</p>	<p>Recommandations faites aux infirmières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regarder le patient quand vous parlez et quand le patient parle à l'interprète. - S'adresser directement au patient en utilisant le « vous » - De temps en temps résumer ce que vous pensez que le patient dit, demandez de le traduire et que le patient confirme ou non. - Demander à l'interprète ce qui a été dit dans l'autre langue si un passage prolongé ne semble pas avoir été traduit. - Être transparent avec le patient

N°	- Auteurs	- Population	- Méthode et instruments de mesure	Résultats principaux	Limites/ Considérations éthiques	Commentaires/ Recommandations
8	<ul style="list-style-type: none"> - Hadziabdic, E., Heikkilä, B., Albin, B. & Hjelm, K. - 2009 - Suède 	<ul style="list-style-type: none"> - N= 17 Echantillonnage intentionnel incluant des individus ayant le serbo-croate (Bosniaque, Croate, Serbe) comme langue maternelle et qui ont utilisé un interprète plusieurs fois lors des 6 derniers mois dans différents lieux de soins en Suède. - Etude phénoménologique (↔ étude qualitative) - Le but de cette recherche est de décrire comment les individus originaires de l'ex Yougoslavie et vivant en Suède perçoivent l'utilisation des interprètes dans les milieux de soins suédois. Dans cette étude, les interprètes comprennent les interprètes professionnels et les informels (famille, amis, professionnel de la santé) 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens semi-structurés Pas de VI ni de VD car le design est qualitatif 	<ul style="list-style-type: none"> -Interprète vu comme aide à la communication et guide dans le système de soins - Préférence pour les interprètes professionnels et les consultations en face à face - Interprète vu comme pouvant être un obstacle -Dépendance des patients aux interprètes pour avoir un contact avec le personnel soignant. - La fiabilité de l'interprète est importante pour le bon déroulement de la consultation. 	<ul style="list-style-type: none"> - La population de l'étude ne représente qu'un seul groupe de migrants en Suède - L'étude est centrée sur les patients parlant le serbo-croate <p>Aucun problème éthique n'a été soulevé par les chercheurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Former le personnel soignant et les interprètes afin de développer de bonnes attitudes et méthodes pour améliorer les interactions entre eux lors de la rencontre - Les infirmiers doivent être attentifs à l'importance d'éviter d'utiliser des interprètes informels (faciliter l'accès à l'interprétariat professionnel) - L'interprétariat téléphonique ne devrait être utilisé qu'en accord avec le patient. - Les infirmiers doivent prévoir en avance l'utilisation d'un interprète et ce en accord avec les besoins et les souhaits du patient.

N°	- Auteurs	- Population	- Méthode et instruments de mesure	Résultats principaux	Limites/ Considérations éthiques	Commentaires/ Recommandations
9	- Elaine Hsieh, Hyejung Ju, and Haiying Kong - 2015 - USA	- N= 58 (26 interprètes, 32 soignants) Echantillonnage intentionnel - Etude phénoménologique - Cette étude a pour but d'identifier différentes dimensions de la confiance entre soignant et interprète.	- Focus groupes, entretiens Pas de VI ni de VD car le design est qualitatif	L'analyse des données a permis de dégager quatre dimensions pouvant faciliter ou compromettre la confiance entre soignants et interprètes : <ul style="list-style-type: none"> • Les compétences des interprètes • Des objectifs communs • Les limites des professionnels • Etablissement de modèles de collaboration 	- Les participants ont été recrutés dans deux centres d'interprétariat <ul style="list-style-type: none"> - Les critères d'inclusion et d'exclusion sont peu décrits - Méthode d'analyse de données peu décrite - Pas de définition claire du concept de confiance - Outcome focalisé sur la « confiance » soignant-interprète - Pas d'apport de modèle utilisable dans la pratique - Vision des patients absente Aucun problème éthique n'a été soulevé par les chercheurs	- Réaliser une rencontre soignant interprète, hors du temps de travail et en présence des patients. <ul style="list-style-type: none"> - Une meilleure connaissance mutuelle pourrait donner des outils sur les attentes et difficultés des deux parties.

6. Discussion

Cette revue de la littérature apporte des éléments de compréhension sur différents aspects de la prise en soins infirmière des patients migrants allophones, en présence d'un interprète professionnel. Ils sont mis en lien avec la théorie de Peplau, basée sur la relation comme soin, afin d'apporter un éclairage sur l'influence d'un troisième acteur, l'interprète professionnel, sur la relation soignant-soigné et ainsi ses éventuelles répercussions sur la santé des patients migrants allophones.

6.1. Discussion au regard de l'ancrage théorique de H. Peplau

6.1.1. Evolution de la triade lors des quatre phases de soins

Peplau définit la phase d'orientation comme la phase de découverte entre l'infirmier et le patient, phase qui mène à l'expression des besoins et des sentiments du patient. C'est là que l'infirmier récolte les données sur la santé du patient. Dans le présent contexte, cette phase ne se joue pas seulement entre le soignant et le soigné. En effet, l'interprète et le patient apprennent à se connaître, ainsi que l'infirmier et l'interprète. Pour que cette phase soit menée à bien, certains prérequis sont nécessaires. La confiance des patients envers l'interprète est basée sur les capacités de ce dernier à adopter un langage professionnel tout en l'adaptant aux capacités de compréhension du patient (Hadziabdic, Heikkilä, Albin & Hjelm, 2009). Selon Nailon (2006), les infirmiers doivent être en accord avec les interprètes. Ainsi la collaboration est possible et permet de débuter la prise en soins du patient (Hsieh, Ju & Kong, 2015). Cependant, la présence d'un troisième acteur limite les patients à parler de leur vie privée, leurs émotions et sentiments (Hadziabdic, Heikkilä, Albin & Hjelm, 2009). Ce point est confirmé dans une autre revue de littérature menée par Flores (2005). La littérature montre que la présence d'un interprète peut soit améliorer, soit entraver l'anamnèse de l'état de santé du patient migrant allophone. La phase d'exploitation a pour but que le patient profite pleinement des soins et services qui lui sont offerts. La présence d'un interprète permet la satisfaction des patients quant à leur relation avec les soignants (Bagchi, Dale, Verbitsky-Savitz, Andrecheck, Zavotsky & Eisenstein, 2010) et donc de profiter des soins et services. Cependant, les infirmiers se sentent dépendant des interprètes pour maintenir la relation interpersonnelle (Nailon, 2006). Le patient, lors de la phase de résolution ressent un sentiment de sécurité grâce à l'aide reçue lors d'un moment de fragilité. En effet, l'aide apportée par l'interprète amène les patients à une bonne compréhension des informations, à demander et recevoir des traitements, et être satisfait de la relation (Bagchi,

Dale, Verbitsky-Savitz, Andrecheck, Zavotsky & Eisenstein, 2010 ; Jimenez, Moreno, Leng, Buchwald & Morales, 2012).

6.1.2. Les rôles

Lors des différentes phases, les rôles définis par Peplau ne sont pas seulement remplis par l'infirmier. Par exemple, il est difficile pour les patients de savoir si le rôle de conseiller est tenu par l'interprète ou l'infirmier car tous les dires passent par l'interprète. En effet, ils ne savent pas si ils ont affaire à l'opinion du soignant ou de l'interprète (Hsieh, Ju & Kong, 2015). Concernant le rôle de substitut, les infirmiers pensent que l'interprète peut le revêtir en apportant leur soutien émotionnel (Hsieh, Ju & Kong, 2015). Cependant, les interprètes souhaitent avoir davantage de formation pour améliorer leurs compétences en matière de soutien même s'ils craignent que ce rôle compromette le maintien de la distance professionnelle (Butow & Al, 2010). L'infirmier tient le rôle de leader auprès du patient et de l'interprète. En effet, l'interprète recommande que l'infirmier soit directif et prenne le contrôle de la consultation (Butow & Al, 2010). L'infirmier encourage le patient et l'interprète à participer activement lors des consultations. Un briefing préalable est demandé par les interprètes pour se mettre d'accord sur des modes de communication et la répartition des rôles (Butow & Al, 2010 ; Hsieh, Ju & Kong, 2015). Les infirmiers trouvent important que les interprètes ne prennent pas le contrôle sur eux (Hsieh, Ju & Kong, 2015), ainsi ils peuvent maintenir ce rôle de leader.

6.2. Discussion au regard de la littérature

Les difficultés organisationnelles d'une rencontre avec un interprète sont récurrentes dans la littérature. Cette préoccupation est confirmée par d'autres études, notamment dans une étude quantitative menée par Bischoff & Hudelson (2009) dont les résultats montrent que vingt-cinq des répondants sur quatre-vingt-dix-neuf n'ont pas pu faire appel à un interprète lorsqu'ils le désiraient à cause des contraintes budgétaires et du manque de disponibilité des interprètes. De plus, l'étude de Hadziabdic, Heikkilä, Albin & Hjelm (2010) relève des difficultés par rapport aux interprètes qui ne venaient pas aux rendez-vous fixés parce qu'ils avaient reçu de mauvaises informations par leur agence ou par les soignants.

La présente revue de littérature met en évidence que l'utilisation du même interprète lors des consultations est un point important pour chaque intervenant de la triade. C'est un point relevé aussi par McCarthy, Cassidy, Graham & Tuohy (2013) et Fatahi, Hellström, Skott & Mattsson (2008) qui révèlent que la continuité dans l'utilisation

des interprètes est primordiale. Selon Bischoff & Hudelson (2009) et McCarthy, Cassidy, Graham & Tuohy (2013), l'interprète professionnel facilite la communication entre le soignant et les patients migrants allophones. Mais selon Flores (2005), les patients ayant bénéficié d'un interprète, en comparaison aux patients non-allophones, étaient moins satisfaits de l'écoute, des réponses, des explications, du soutien, des compétences et de l'attitude des soignants. De plus la présence d'un troisième acteur peut amener des erreurs de traduction, certaines ayant de possibles conséquences cliniques (Gany, Gonzalez, Basu, Hasan, Mukherjee, Datta & Changrani, 2010). En revanche, l'étude mené par Jimenez, Moreno, Leng, Buchwald & Morales (2012) relate une meilleure prise en charge de la douleur chez les patients qui ont bénéficié d'un interprète lors de leur hospitalisation. D'ailleurs, selon Karliner, Jacobs, Chen & Mutha (2007), le recours à l'interprétariat professionnel impacte positivement les soins cliniques et la santé des patients migrants allophones. De plus, il réduirait les disparités des soins entre les patients allophones et non-allophones : l'adhésion aux soins est égale entre ces deux populations. Les patients allophones effectuent le même nombre d'examens médicaux et de visites pour leur suivi médical que les patients non-allophones.

L'importance de la formation des interprètes est un point essentiel. Les patients se sentent plus en confiance si les interprètes sont formés. De plus, les interprètes se sentiront plus à l'aise de traduire les informations avec exactitude. Ceci est approuvé par l'étude de Hadziabdic & Hjelm (2016) dans laquelle les interprètes souhaitent être des employés des institutions de soins pour se spécialiser, et acquérir des connaissances médicales précises ainsi qu'en terminologie médicale. Cela permet l'exactitude de l'information traduite et donc d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. Pour finir, ils expriment un besoin en formation des soignants sur comment communiquer « à travers » un interprète pour assurer des rencontres optimales.

6.3. La prise en soins en triade au regard de Peplau

Peplau définit le soin comme étant la relation interpersonnelle entre le patient et l'infirmier ayant pour but de favoriser le développement, la compréhension et l'amélioration de la santé du patient. Cependant, avec un patient migrant allophone, la barrière de la langue limite la création de cette relation. L'interprète permet, en partie, de surmonter cette barrière. Ce troisième acteur induit une modification du schéma relationnel définit par Peplau. En effet, la formation, l'expérience, les croyances et valeurs culturelles de chaque intervenant influencent cette relation thérapeutique. Des relations de nature différentes, ou inégalitaires

peuvent se créer entre le soignant, le soigné et l'interprète. De plus, des facteurs externes, tels que des problèmes organisationnels ou institutionnels, amène de nouveaux challenges. D'autre part, les rôles initialement remplis par l'infirmier peuvent être repris par l'interprète et le patient migrant allophone peut avoir des difficultés à se situer dans la relation thérapeutique. La figure 4 ci-dessous illustre ce qu'il se joue dans ces relations interpersonnelles. La littérature nous a apporté des éléments qui permettent de recomposer les perceptions de la triade. La figure 5 représente la complexité que peut amener la présence d'un troisième acteur au sein de la relation thérapeutique.

Figure 4. Nouvelle configuration de la triade

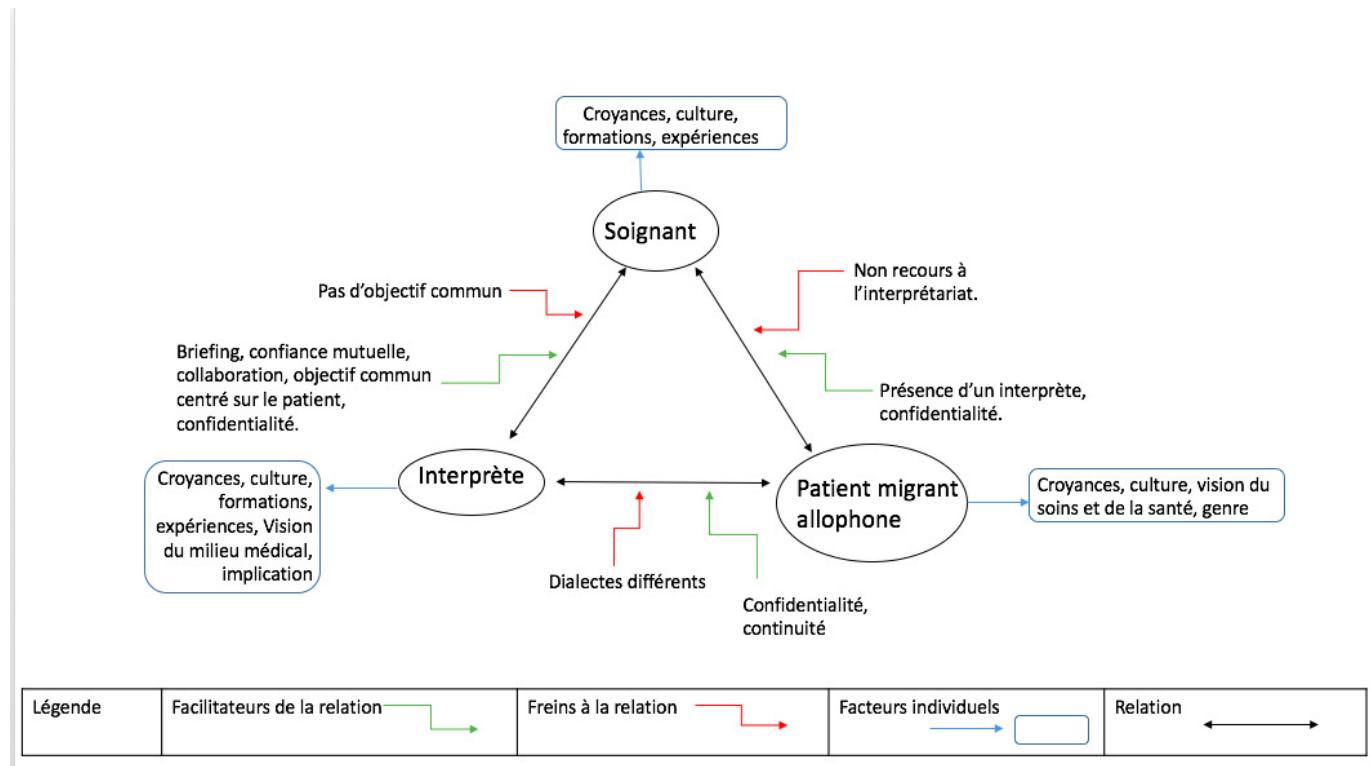
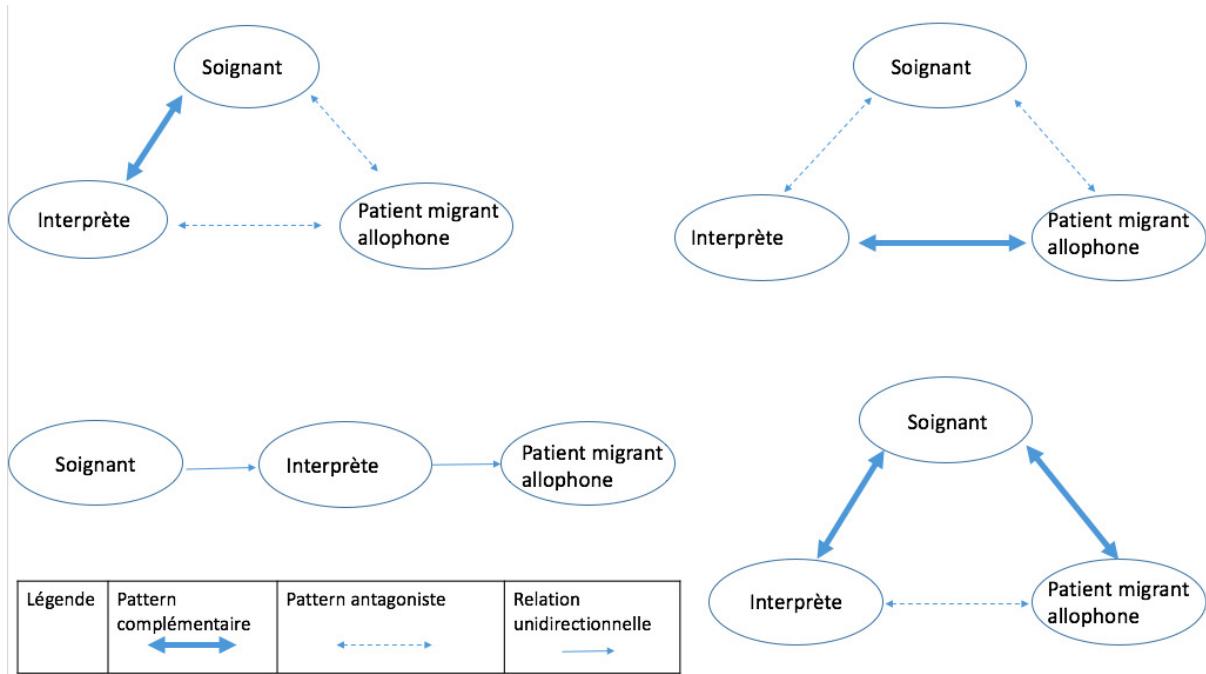


Figure 5. Difficultés relationnelles de la triade



6.4. Tableau synoptique

Le tableau 5 ci-dessous regroupe les articles et les résultats principaux. De plus, la théorie de Peplau est mise en lien avec les résultats.

Tableau 5. Tableau synoptique

Familles et phases selon Peplau		Concepts récurrents des résultats		Articles								
				Bagchi et al. (2010)	Flores et al. (2012)	Kale et al. (2010)	Jimenez et al. (2012)	Nailon (2006)	Butow et al. (2010)	Hadziabdic et al. (2009)	Hsieh et al. (2015)	Seale et al. (2012)
Prérequis Phase d'orientation (Rôle étranger, leader, professeur)		Compétences et formations des interprètes professionnels			✓		✓	✓	✓	✓	✓	
		Proximité culturelle			✓					✓		
Santé Phase d'exploitation et de résolution (Rôle conseiller, substitut, leader, personne ressource, professeur)												
		Interprète améliore la compréhension et la satisfaction des patients	✓	✓		✓						
		Diminution du nombre d'erreurs ayant de possibles conséquences cliniques.		✓								
		Interprète améliore la prise en charge de la douleur				✓						
		Différence entre patients allophones - non allophones										✓
Relation à trois Phase d'orientation, d'exploitation et de résolution												
		Objectifs communs							✓		✓	✓
		Communication directe – indirecte						✓	✓	✓	✓	✓
		Interprète permet la relation soignant- soigné	✓				✓		✓	✓	✓	
		Relation soignant –soigné différente avec ou sans interprètes	✓						✓	✓	✓	✓
		Distance professionnelle versus proximité de l'interprète avec le soigné						✓	✓	✓		
Recours à l'interprétariat Phase d'orientation, d'exploitation et de résolution												
		Inutilisation des interprètes		✓			✓		✓			
		Manque de continuité		✓					✓	✓		
				Quantitatif	Quantitatif	Quantitatif	Quantitatif	Qualitatif	Qualitatif	Qualitatif	Qualitatif	Mixte

7. Conclusion

La présente revue de littérature expose le recours à l'interprétariat et en quoi il peut influencer la relation soignant-soigné telle que définie par Peplau. En effet, ce n'est plus exclusivement l'infirmier qui permet l'expression des besoins et sentiments du patient mais la collaboration entre les trois intervenants. Chaque individu de cette triade devient dépendant des autres pour remplir son rôle et la relation peut alors devenir thérapeutique. Cependant, cette nouvelle configuration de la relation thérapeutique peut rendre difficile le développement et l'amélioration des compétences dans les relations interpersonnelles du patient migrant allophone, nécessaires à l'évolution de son état de santé. Néanmoins, la présence d'un interprète rend possible la communication soignant-soigné. Le patient migrant allophone peut comprendre les informations concernant son état de santé et la prise en soins qui lui est proposée. Grâce à l'aide reçue, l'état de santé du patient s'améliore et il peut regagner son indépendance.

7.1. Apports et limites du travail

7.1.1. Forces du travail

Ce travail met en évidence que le recours à l'interprétariat professionnel diminue les disparités en santé et les risques pour la santé des patients migrants allophones. Le bénéfice pour la santé de l'utilisation d'interprète, peut être un argument pour que les infirmiers encouragent leurs institutions et participent à l'amélioration de la prise en charge de la barrière de la langue. La confiance apparaît comme une notion importante pour les trois acteurs de la relation. Actuellement ce sont les interprètes qui ont une grande part de responsabilité dans l'instauration d'un climat de confiance. Les prérequis, la formation des interprètes et le cadre déontologique sont des éléments qui y participent. Il y aurait certainement d'autres outils pour faciliter cette confiance, notamment dans les champs de la formation des soignants à la collaboration avec les interprètes. L'interprétariat professionnel en présence est seulement un des moyens de répondre aux besoins des patients migrants allophones. Or, en pratique, le choix par les institutions et les soignants de ce moyen plutôt qu'un autre est peu argumenté. Par exemple, l'interprétariat par téléphone est parfois privilégié pour des raisons de coût. De plus l'interprétariat professionnel est souvent recommandé seulement pour certains types d'entretiens médicaux (annonce de diagnostic, besoin de consentement éclairé, entretien de sortie,...). Il n'a pas été trouvé, à

ce jour, de littérature sur l'application, par les institutions, des recommandations en la matière de recours à l'interprétariat.

7.1.2. Apports pour les pratiques professionnelles

Au regard du constat migratoire, il semble évident que les patients migrants allophones sont une population que les infirmiers rencontrent fréquemment lors de leur pratique professionnelle. Il est de leur devoir d'assurer des soins égaux et de qualité, et ce travail propose des pistes pour remplir ce rôle. De plus, cette revue de littérature souligne que les infirmiers peuvent jouer un rôle majeur pour établir et améliorer la communication avec les patients migrants allophones et impacter favorablement leur santé.

7.1.3. Limites

Notre question de recherche est portée sur les soins infirmiers ce qui explique le choix de CINHAL comme base de données. Nous n'avons sélectionné aucun article de PubMed car c'est une base de donnée plus orientée sur l'aspect médical. Trois études quantitatives ont un niveau de preuve faible (N4) mais les devis expérimentaux et les buts de ces études sont en lien avec notre question de recherche et sont renforcés par les résultats amenés dans les articles qualitatifs. Les études choisies ont été menées auprès de patients migrants allophones de différentes cultures. Cela influence leurs points de vues car ils possèdent des croyances et représentations différentes notamment sur la santé, les soins et la relation soignant-soigné. Les résultats que nous avons récoltés sont donc difficiles à généraliser. De plus, il n'est pas possible d'identifier la part induite par la différence culturelle. Les soignants des études choisies appartiennent à des cultures et des pays différents ce qui influence aussi leur vision des soins et de la relation en présence d'un interprète. Il a été décidé de traiter de l'interprétariat professionnel uniquement. Ceci ne correspond pas à la réalité où les interprètes informels sont majoritairement utilisés. C'est un choix délibéré car l'interprétariat professionnel est préféré par les patients migrants allophones et la littérature montre que c'est le plus adapté aux soins (moins d'erreurs, secret professionnel, possibilité de contrôler les pratiques). Enfin, nous n'avons pas développé l'aspect de médiateur culturel du rôle de l'interprète. C'est un élément qui ressortait moins dans notre revue de littérature et qui ne correspondait pas à notre question de recherche. Nous nous sommes plus intéressées à l'aspect communicationnel et relationnel. La médiation culturelle, le soin transculturel sont d'autres sujets de recherche touchant à la prise en soins de patients migrants allophones.

7.2. Recommandations

7.2.1 Pour la pratique infirmière

Selon Butow (2010), les interprètes recommandent aux soignants de planifier un rendez-vous avec un interprète parlant le même dialecte que le patient et de prévoir le temps nécessaire pour la consultation. Un briefing est conseillé avant l'entretien pour établir des objectifs communs et discuter des challenges potentiels. Durant la consultation, il est préférable que les infirmiers soient directifs et prennent le contrôle du dialogue. De plus, il faut que l'infirmier emploie des phrases courtes, parle lentement et s'adresse directement au patient. Avant la fin de l'entretien, une synthèse des « take home messages » est nécessaire pour s'assurer de la compréhension du patient. Après la rencontre, il est pertinent de faire un debriefing avec l'interprète afin de connaître ses ressentis. Ces recommandations ont pour but la mise en place des modèles de collaboration optimaux. D'ailleurs, Interpret (2018) liste des règles d'or qui rejoignent ces recommandations.

7.2.2. Pour la formation des infirmiers

Il semble important d'introduire, dans la formation des infirmiers, davantage de notions sur la collaboration avec les interprètes dans l'intérêt d'améliorer le dialogue. C'est un souhait émis par les interprètes (Hadziabdic & Hjelm, 2016). Les infirmiers jugent nécessaire de bénéficier de formation afin de collaborer de manière efficace avec les interprètes (McCarthy, Cassidy, Graham & Tuohy, 2013). Dans le cadre de la formation de base des soins infirmiers, qui inclue la sensibilisation aux soins transculturels, il serait envisageable d'initier les étudiants à la pertinence de l'utilisation d'interprètes professionnels plutôt que informels, lors de situation avec des patients migrants allophones. En effet, selon Interpret (2014), différents arguments sont en faveur de l'utilisation d'interprètes professionnels. Ils ont des compétences spécifiques telles que des connaissances dans le domaine de la santé, ils agissent conformément à l'éthique professionnelle et ils sont en mesure de présenter des faits de façon compréhensible et adaptée aux deux destinataires.

7.2.3. Pour la recherche

Pour pouvoir améliorer la pratique des infirmiers lors de la prise en charge de patients migrants allophones, de nouvelles études sont nécessaires. Il serait intéressant que ces futures recherches puissent s'axer sur l'influence que peut avoir la formation des infirmiers sur la collaboration entre soignant et interprète et comment cette dernière impacte la relation

soignant-soigné. D'autres études portant sur l'efficacité de l'interprétariat dans la prise en soin de situations de santé précises pourraient amener à une institutionnalisation des interprètes. En effet, davantage de recherches sur le sujet pourrait faciliter l'accès et le recours à l'interprétariat et ainsi, réduire l'inégalité des soins entre les patients migrants allophones et patients non allophones.

8. Liste de références bibliographiques

- Angelelli, C. (2004), *Medical Interpreting and Cross-Cultural Communication*. New-York : Cambridge University Press.
- Bagchi, A., Dale, S., Verbitsky-Savitz, N., Andrecheck, S., Zavotsky, K., Eisenstein, R. (2010). Examining Effectiveness of Medical Interpreters in Emergency Departments for Spanish-Speaking Patients With Limited English Proficiency : Results of a Randomized Controlled Trial. *Annals of Emergency Medicine*, 57(3), 248-256. doi:10.1016/j.annemergmed.2010.05.032
- Bischoff, A. & Hudelson, P. (2009). Communicating with foreign language-speaking patients : Is access to professional interpreters enough ?. *Journal of travel medicine*, 17, 15-20 doi:10.1111/j.1708-8305.2009.00314.x
- Boivin, I., Brisset C. & Leanza, Y. (2011). Interprétation et interprétariat : chassé-croisé en thérapies analytiques plurilingues. *Revue Santé mentale au Québec* Accès <https://www.erudit.org/fr/revues/fili/2011-v20-n2-fili1831070/1007614ar.pdf>
- Butow, P., Lobb, E., Jefford, M., Goldstein, D., Eisenbruch, M., Grgis, A., ... Schofield, P. (2010). 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
- Chambon, N. & Carbonel, N. (2015). L'interprète, un intervenant en santé mentale ?. *Les cahiers de rhizome*, 55. 86-97.
- Chevrolet. (2002). *Conseil d'Ethique Clinique des HUG. Demande d'avis au sujet des patients de langue étrangère – droit à bénéficier d'un interprète dans les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)*. Accès <https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/etranger-interprete.pdf>
- Conseil International des Infirmières. (2006). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Accès https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/fr/icncodef.pdf
- De Flaugergues, A. (2016). *Pratiques linguistiques en Suisse : Premiers résultats de l'Enquête sur la langue, la religion et la culture*. Suisse : Office fédéral de la statistique
- Département fédéral de l'intérieur. (2013). *Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral* [Brochure]. Berne : Office fédéral de la santé publique
- Direction générale de la santé. (2016). *L'essentiel sur les droits des patients* [Brochure]. Accès http://ge.ch/sante/media/site_sante/files/imce/medecin-cantonal/doc/ssp_ddp16_broch_prod_layout_ge_fr_v5_4_web_2.pdf
- 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.
- Fatahi, N., Hellström, M., Skott, C. & Mattsson, B. (2008). General practitioners' views on consultations with interpreters : A triad situation with complex issues. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26, 40-45. DOI : 10.1080/02813430701877633
- Fawcett, J. & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge : Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Philadelphia : F. A.

Davis Company

Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care : A systematic review. *Medical care research and review*, 62(3), 255-299. DOI: 10.1177/1077558705275416

Flores, G., Abreu, M., Barone, C., Bachur, R. & Lin, H. (2012). Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences : A Comparision of Professionnal Versus Ad Hoc Versus No Interpreters. *Annals of Emergency Medicine*, 60(5), 545-553. doi:10.1016/j.annemergmed.2012.01.25

Gabadinho, A., Wanner, P. & Dahinden, J. (2007). *La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse de données du GMM*. ISBN : 978-2-940379-07-1

Gany, F.M., Gonzalez, C.J., Basu, G., Hasan, A., Mukherjee, D., Datta, M. & Changrani, J. (2010). Reducing Clinical Errors in Cancer Education : Interpreter Training. *Journal of cancer education*, 25, 560-564. DOI : 10.1007/s13187-010-0107-9

Glauser, Z. (2009). *Quelques réflexions sur le rôle d'interprète communautaire*. Accès http://www.appartenances.ch/medias/interpretariat/GLAUSER_Z_Quelques_reflexions_role_interprete.pdf

Hadziabdic, E., Heikkilä, K., Albin, B. & Hjlem, K. (2009). Migrants' perception of using interpreters in health care. *International nursing review*, 56, 461-469.

Hadziabdic, E., Heikkilä, K., Albin, B. & Hjlem, K. (2010). Problems and consequences in the use of professional interpreters : qualitative analysis of incidents from primary healthcare. *Nursing inquiry*, 18(3), 253-261. DOI : 10.1111/j.1440-1800.2011.00542.x

Hadziabdic, E., Hjelm, K. (2016). Perspective of professional interpreters regarding their role and attitude in the healthcare encounter. *Diversity & equality in health & care*, 13(3), 221-229. Accès <http://diversityhealthcare.imedpub.com/perspectives-of-professional-interpreters-regardingtheir-role-and-attitude-in-the-healthcare-encounter.php?aid=9018>

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2017). *Quand dois-je faire appel à un interprète professionnel ?*. Accès <https://www.hug-ge.ch/consultation-transculturelle-interpretariat/quand-dois-je-faire-appel-interprete-professionnel>

Hsieh, E., Ju, H. & Kong, H. (2015). Dimensions of Trust : The Tensions and Challenges in Provider-Interpreter Trust. *Qualitative Healths Research*, 20(2), 170-181. doi : 10.1177/1049732309349935

Interpret. (2016). *Statistiques des interventions relatives à l'interprétariat communautaire et à la médiation interculturelle en 2015*. Accès http://www.interpret.ch/admin/data/files/marginal_asset/file_fr/154/2015_einsatzstatistik_fr.pdf?lm=1464254663

Interpret. (2014). *Fiche d'information : Interprétariat communautaire*. Accès http://www.interpret.ch/admin/data/files/editorial_asset/file_fr/180/factsheet_interpretariat_communautaire.pdf?lm=1456926061

Interpret. (2018). *Les règles d'or* [Brochure]. Accès <http://www.inter->

Jimenez, N., Moreno, G., Leng, M., Buchwald, D. & Morales, L. (2012). Patient-Reported Quality of Pain Treatment and Use of Interpreters in Spanish-Speaking Patients Hospitalized for Obstetric and Gynecological Care. *Journal of General Internal medicine*, 27(12), 1602-1608. doi : 10.1007/s11606-012-2154-x

Kale, E. & 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

Karliner, L.S., Jacobs, E.A., Chen, A.H. & Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited english proficiency ? A systematic review of the litterature. *Health research and education trust*, 42(2), 727-754. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x

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

Nailon, R. (2006). Nurses' Concerns and Practices With Using Interpreters in the Care of Latino Patients in the Emergency Department. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(2), 119-128. DOI: 10.1177/1043659605285414

Office Cantonal de la Statistique. (2016). *Informations statistiques, bilan et état de la population du canton de Genève en 2015*. Accès https://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2016/informations_statistiques/autres_themes/is_population_10_2016.pdf

Office Fédéral de la Statistique. (2014). *Santé des migrants*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/migrants.html>

Organisation Internationale pour les Migrations. (2007). *Termes clés de la migration*. Accès <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>

Organisation Internationale pour les Migrations. (2016). *Mixed Migration Flows in the Mediterranean and Beyond : Compilation of available data and information*. Accès http://migration.iom.int/docs/2016_Flows_to_Europe_Overview.pdf

Organisation Internationale pour les Migrations. (2018). *Migration flows-Europe*. Accès <http://migration.iom.int/europe/>

Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Organisation mondiale de la santé*. Accès <http://www.who.int/fr>

Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Migrations et santé*. Accès <http://www.who.int/features/qa/88/fr/>

Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière (3^{eme} édition)*. Montréal : Chenelière éducation

Peplau. H. E. (1952). *Interpersonal Relations in Nursing*. New-York : G. P. Putnam' Sons

- Peterson, S. J. & Bredow, T. S. (2013). *Middle Range Theories : Application to Nursing Research* (3^{ème} éd.). United states of America : Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Seale, C., Rivas, C. & Kelly, M. (2013). The challenge of communication in interpreted consultations in diabetes care : a mixed methods study. *British Journal of General Practice*, e125-e133. doi : 10.3399/bjgp13X663082
- Secrétariat d'Etat aux migrations. (2014). *Motifs de migration*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/internationales/weltweitemigration/migrationsgruende.html>
- Terui, S. (2015). Conceptualizing the pathways and processes between language barriers and health disparities : review, synthesis, and extension. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(1), 215-224. doi:[10.1007/s10903-015-0322-x](https://doi.org/10.1007/s10903-015-0322-x)
- Van Rosse, F., De Bruijne, M., Suurmond, J., Essink-Bot, M-L. & Wagner, C. (2016) Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 45-53. doi:[10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012)

9. Bibliographie

- Art. 3 de la loi sur l'asile du 26 juin 1998 (LAsi ; RS 142.31). Accès
<https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995092/index.html>
- Bischoff, A. & Loutan, L. (2012). Interpreting in Swiss hospitals. *Interpreting*, 6(2). 181-204. doi:10.1075/intp.6.2.04bis
- Bischoff, A. & Hudelson, P. (2010). Access to Healthcare Interpreter Services : Where Are We and Where Do We Need to Go ?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(7). doi:10.3390/ijerph7072838
- Fatahi, N., Mattson, B., Lundgren, S.M. & Hellström, M. (2009). Nurse radiographers' experiences of communication with patients who do not speak the native language. *Journal of advanced nursing*, 66(4), 774-783. DOI : 10.1111/j.1365-2648.2009.05236.x
- Hadziabdic, E., Albin, B., Heikkilä, K., & Hjlem, K. (2010). Healthcare staffs perceptions of using interpreters : a qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 11, 260-270. DOI : 10.1017/S146342361000006X
- Hadziabdic, E., Albin, B., Heikkilä, K., & Hjlem, K. (2013). Family members' experiences of the use of interpreters in thealtcare. *Primary Health Care Research & Development*, 15, 156-169. DOI : 10.1017/S1463423612000680
- HUG. (2017). *Interprétariat aux hug: mode d'emploi*. Accès
<http://www.hug-ge.ch/consultation-transculturelle-interpretariat/interpretariat-aux-hug-mode-emploi>
- Linguee. (2016). Accès
<http://www.linguee.fr/francais-anglais/traduction/alliance+th%C3%A9rapeutique.html>
- Meuter, R.F.I., Gallois, C., Segalowitz, N.S., Ryder, A.G. & Hocking, J. (2015). Overcoming language barriers in healthcare : A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. *BMC Health services research*, 15, 1-5. DOI : 10.1186/s12913-015-1024-8
- Office fédéral de la santé publique. (2013). *Programme national Migration et santé : Bilan 2008-2013 et axes prioritaires 2014-2017*. Suisse : Office fédéral de la santé publique
- Phaneuf, M. (2016). *L'alliance thérapeutique comme instrument de soins*. Accès
<http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins.pdf>
- Ribere, J. M., Hausmann-Muela, U., Grietens, K. P. & Toomer, E. (2008). *Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié ?* Accès
https://www.researchgate.net/profile/Joan_Muela_Ribera/publication/236630864_PA_SSCOFETIS_Recours_aux_interpretes_consultations_medicales/links/00b495188e26e8bb1b000000.pdf
- Secrétariat d'Etat aux migrations. (2014). *Conséquences de la migration*. Accès
<https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/internationales/weltweite-migration/migrationsfolgen.html>

- Seers, K., Cook, L., Abel, G., Schulter, P. & Bridgford, P. (2013). Is it time to talk ? Interpreter services use in general practice within Canterbury. *Journal of primary health care*, 5(2), 129-137. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23748394>
- Squires, A. (2017). Evidence-based approaches to breaking down language barriers. *Nursing*, 47(9), 34-40. DOI : 10.1097/01.NURSE.0000522002.60278.ca
- Van Rosse, F., De Bruijne, M., Suurmond, J., Essink-Bot, M-L. & Wagner, C. (2016). Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 45-53. DOI : 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012

10. Annexes

10.1. [Fiche de lecture article 1]

Examining Effectiveness of Medical Interpreters in Emergency Departments for Spanish-Speaking Patients With Limited English Proficiency: Results of a Randomized Controlled Trial

Cadre général :

Auteurs : Ann D. Bagchi, Stacy Dale, Natalya Verbitsky-Savitz, Sky Andrecheck, Kathleen Zavotsky, Robert Eisenstein

Nom-Type de revue : La revue dans laquelle a été publié cet article se nomme « Annals of Emergency Medicine ». Un numéro est publié tous les mois, tous les articles qu'elle contient sont revus par des pairs. C'est la revue officielle de l' « American College of Emergency Physicians ». La revue a été élue en 2009 comme une des 100 revues biomédicales les plus influente (Wikipédia, 2017).

Lieu de l'étude : L'étude a été menée dans les services d'urgences de deux hôpitaux du centre de New Jersey (US).

Objectifs pratiques : Si un service d'urgence à l'hôpital offre la possibilité aux patients, durant certaines plages horaires, de bénéficier d'un interprète professionnel formé au milieu médical, est-ce que la satisfaction des patients et des soignants augmenterait durant ces horaires ?

Objet de l'article :

Objet de la recherche : Savoir si le recours à l'interprétariat en présence joue un rôle sur la satisfaction des patients et des soignants, en comparaison à d'autres techniques (pas d'interprétariat, l'interprétariat téléphonique ou l'utilisation d'interprètes informels).

Question de recherche : Est-ce que la présence d'un interprète professionnel affecte la satisfaction des patients parlant espagnol et ayant un niveau d'anglais limité, dans un service d'urgence urbain ?

Hypothèse de travail : N'est pas nommée spécifiquement mais peut être déduite comme étant : L'utilisation de l'interprétariat professionnel, en présence, n'améliore pas la satisfaction des patients ayant un niveau d'anglais limité en comparaison à d'autres types de recours à l'interprétariat (téléphonique, informel...)

Principaux concepts : Le concept principal de cet étude est le recours à l'interprétariat, quel qu'il soit, pour les patients allophones.

Méthodologie de la recherche :

Outils pour la récolte de données : Des questionnaires de satisfactions ont été distribués aux patients, aux infirmières de tri et en charge de la décharge des patients, et aux médecins urgentistes présents lors de la rencontre. Les patients avaient le choix entre un questionnaire en anglais et un en espagnol, ils ont tous répondu à celui écrit en espagnol. Ils devaient compléter ce questionnaire avant leur sortie tandis que les soignants devaient le compléter tout de suite après la rencontre.

Les questions posées aux patients étaient :

- Avez vous bénéficié d'un service d'interprétariat pendant votre visite ? Si oui, de quel type de service d'interprétariat avec vous bénéficié ?
 - Interprétariat en présence, fourni par l'hôpital ?
 - Membre de la famille, ami ?
 - Interprétariat téléphonique, fourni par l'hôpital ?
 - Médecin-infirmière parlant ma langue ?
 - Autre (spécifier) ?
 - Je ne sais pas
 - Pas de réponse
- A quel point a-t-il été facile pour vous de comprendre les choses qu'il vous était expliquées ? (Très facile, majoritairement facile, assez facile, pas si facile, pas facile du tout (je n'ai pas compris), je ne sais pas, pas de réponse).
- A quel point avez vous été satisfait de la manière dont l'hôpital et les soignants ont communiqué avec vous ? (Très satisfait, assez satisfait, ni satisfait ni insatisfait, assez insatisfait, très insatisfait)

La question posée aux soignants était :

- A quel point êtes vous satisfait de la manière dont les problèmes de langue ont été pris en charge adéquatement pour évaluer et traiter l'état de santé de ce patient ?

(Très satisfait, assez satisfait, ni satisfait ni insatisfait, assez insatisfait, très insatisfait)

Population de l'étude (échantillonage) + critères de sélection-exclusion : Les participants à l'étude sont des patients se présentant aux urgences parlant espagnol et ayant un niveau d'anglais limité.

C'est un échantillonnage par grappe car on a divisé les patients en 2 groupes, ceux qui parlaient anglais et ceux parlant espagnol avec un niveau d'anglais limité. Ces derniers, selon l'heure à laquelle ils consultaient aux urgences, étaient soit assigné au groupe traitement soit au groupe contrôle (= randomisation). En effet, dans le service d'urgences de ces deux hôpitaux, des interprètes professionnels sont disponibles durant certaines plages horaires (= habitudes de service). Ces derniers doivent parler couramment l'espagnol et l'anglais, avoir suivi 40 heures de formation (comprenant des cours sur la terminologie médicale, l'éthique, la vie privée des patients et les compétences de base de l'interprétariat) ainsi qu'un cours en ligne sur la protection des sujets humains.

Groupe contrôle : Patients consultant à des heures où des interprètes professionnels n'étaient pas présents dans le service. Ils bénéficiaient des services linguistiques habituels disponibles aux urgences (interprétariat téléphonique, interprètes informels)

Groupe traitement : Patients consultant durant les plages horaires où un interprète professionnel était présent dans le service.

Critères d'exclusions :

- Patients comateux
- Patients en situation de handicap mental
- Patients trop bouleversés (état évalué par les infirmiers de tri) pour donner son consentement éclairé
- Patients étant des employés des hôpitaux dans lesquels l'étude était menée
- A l'hôpital n°1, les patients de moins de 18 ans
- A l'hôpital 2, pour les patients de moins de 18 ans, c'était les parents les sujets de l'étude (eux qui sont responsables de communiquer avec les soignants sur les décisions de soins).

A l'hôpital n°1, 399 patients ont participé à l'étude.

A l'hôpital n°2, très peu de patients répondant aux critères de sélection se sont présentés, ainsi le recrutement a été arrêté au bout de 6 semaines, ce qui justifie le faible nombre de participants (48).

Type d'analyse : C'est une étude quantitative de type thérapeutique. En effet, elle s'intéresse à l'effet d'une intervention (interprétariat professionnel en présence) sur la satisfaction des patients, avec des compétences en anglais limitées, et des soignants en comparaison à une autre intervention (interprétariat informel, téléphonique).

Le plan expérimental utilisé est une intervention randomisée contrôlée.

L'analyse des données a été réalisée selon la méthode de régression.

Présentation des résultats :

Principaux résultats : 88% des patients du groupe traitement ont trouvé très facile de comprendre les informations qui leur avaient été transmises contre 15% du groupe contrôle. Dans ce dernier, 29% ont jugé la compréhension « pas si facile ».

91,3% des patients du groupe traitement ont été très satisfaits de la communication établie avec les soignants. 21,5 % des patients du groupe contrôle ont été très satisfaits, 39,5% assez satisfaits et 23% assez insatisfaits.

Concernant les soignants, 92,2% des infirmiers de tri qui ont soigné les patients du groupe traitement ont été très satisfaits de la prise en charge de la barrière linguistique et donc de la prise en soins contre 18,5% des infirmiers ayant soigné les patients du groupe contrôle. 28,8% de ces infirmiers ont été très insatisfaits de la manière dont la barrière de la langue a été surmontée pour traiter les patients au mieux. 72,7% des infirmiers responsables de la sortie des patients ont été très satisfaits de la manière dont l'interprète en présence a permis une compréhension optimale du problème de santé du patient (17,1% des infirmiers concernant le groupe contrôle).

Conclusion générale : Les Odd ratios de chaque question sont supérieurs à 1 et les intervalles de confiance ne comprennent jamais 1. Cela signifie qu'il y a une différence entre les deux groupes et que l'interprète professionnel en présence a un effet plus important (positif) sur la satisfaction des patients et des soignants, que les autres types d'interprétariats (ou même l'absence d'interprétariat). En effet, une augmentation de la satisfaction est notable dans le groupe traitement par rapport au groupe contrôle.

Particularité-originalité de l'étude : Très peu d'essais randomisés contrôlés ont été effectués sur le sujet et notamment sur l'impact de l'interprétariat professionnel en présence sur la satisfaction des patients sur leur prise en soins et leur compréhension du problème-traitement. Mais aussi l'impact que celui-ci peut avoir sur la satisfaction des soignants et de leur prise en soins. Il existe principalement des études qualitatives sur le sujet.

Limites et éthique de l'étude

Limites :

- La généralisabilité de l'étude peut être limitée du fait que celle-ci a été menée dans seulement 2 hôpitaux du New-Jersey. Cependant, ces derniers étaient grands et urbains, la fréquentation des systèmes d'urgences était importante et comprenait de nombreux patients migrants Latinos et les motifs de consultations étaient variés. Cela implique qu'il n'y a pas de raisons de suspecter que les résultats auraient été considérablement différents dans d'autres hôpitaux du même type.
- Le fait que l'étude ait été menée seulement auprès de patients parlant espagnol et ayant un niveau d'anglais limité. En effet, l'effet de l'intervention sur la satisfaction pourrait ne pas être le même chez des patients parlant une autre langue et ayant une autre culture.
- L'outcome est focalisé sur la satisfaction de la communication et n'englobe pas la satisfaction globale (mais d'autres études se sont focalisées sur ces outcomes tels que les prix de la santé, l'utilisation des systèmes de santé...)
- Les résultats de l'intervention (interprétariat professionnel en présence) pourraient ne pas être les mêmes chez les patients ayant établi une relation de confiance avec les soignants.

Ethique : Le fait que la randomisation ait été faite par plages horaires et non par assignement aléatoire des patients à chaque groupe évite les problèmes éthiques. En effet, les patients faisant partie du groupe contrôle peuvent ne pas recevoir les potentiels effets bénéfiques du service d'interprétariat professionnel en présence. Cependant cela n'est pas du à l'étude mais aux protocoles du service déjà présent.

Un consentement libre et éclairé a été obtenu par les chercheurs pour chaque patients pouvant potentiellement participer à l'étude.

Démarche interprétative

Apports de l'article : Cet article nous montre que le recours à l'interprétariat professionnel en présence impacte directement la satisfaction des patients sur leur communication et leur prise en soins avec les soignants. Mais aussi, il nous montre qu'il impacte sur la satisfaction des soignants sur la manière dont ils ont pu communiquer avec le patient et ainsi assurer une prise en soins adaptée au patient, son problème de santé et ses besoins. Ainsi, il nous permet de mieux appréhender notre rôle infirmier face à un patient allophone et éventuellement influencer notre choix sur les différents services existants pour surmonter la barrière de la langue dans les soins et donc les inégalités de soins.

Pistes de réflexion : Selon les auteurs, l'amélioration de la satisfaction pourrait jouer un rôle au niveau hiérarchique. Emerge alors l'éventualité d'un financement pour qu'un service d'interprétariat soit disponible directement dans les services.

Améliorer la communication entre les soignants et les patients allophones par le biais d'un interprète professionnel peut avoir d'autres bénéfices que l'amélioration de la satisfaction. En effet, cela pourrait améliorer l'évaluation de l'état de santé du patient par le soignant et ainsi un laps de temps plus cours pour qu'il bénéficie du bon traitement. De plus, cela assure une bonne compréhension des besoins du patient par le soignant qui peut assurer sa sécurité. Finalement, si toutes les consignes sont comprises par le patient cela assure une bonne compréhension et la prise adéquate du traitement donné, et évite une nouvelle visite médicale pour le même problème.

L'interprétariat en-présence permet aussi d'obtenir des informations sur la gestuelle corporelle et d'autres signes non-verbaux pouvant être indispensables à l'évaluation de santé du patient. Cela est impossible au travers de l'interprétariat téléphonique par exemple. De plus, lorsque l'interprète est présent, cela facilite l'explication des procédures, des diagnostics et des traitements. L'interprète peut être une présence pour le patient et ainsi diminuer son anxiété (face à la barrière de la langue). Cela peut assurer une meilleure coopération et compliance aux tests et procédures que les soignants vont devoir faire au patient.

Les auteurs proposent que de futures recherches s'intéressent à un autre outcome que la satisfaction comme l'impact du recours à l'interprétariat sur les coûts de la santé.

Suite à cette lecture, nous pouvons nous demander s'il est primordial de donner la possibilité aux patients de consulter à des plages horaires durant lesquelles ils bénéficieront de ce service d'interprétariat ? De plus, s'il est nécessaire d'assurer la formation des interprètes

d'un point de vue médical (terminologie, droits des patients...) pour que la communication soignant-patient-interprète soit optimale et empreinte de respect ?

10.2. [Fiche de lecture article 2]

*Nurses' Concerns and Practices With Using Interpreters
In the Care of Latine Patients in the Emergency Department*

Cadre général

Auteurs : Regina E. Nailon

Nom-Type de revue : Journal of Transcultural Nursing est une revue qui a été fondée en 1989. C'est une revue infirmière qui parle des soins transculturels et dont les articles sont revus par les pairs.

Lieu de l'étude : L'étude a été menée aux Etat-Unis, dans 4 hôpitaux dans des comtés de l'état de l'Oregon. Ces comtés ont été choisis parce qu'ils faisaient partie du top 3 des comtés de l'Oregon avec le taux le plus élevé de Latinos ou alors parce qu'au moins 25% de la population était latino.

Objectifs pratiques : Comme on n'en sait peu à propos des connaissances et des préoccupations qui guident les soins prodigués par les infirmiers au patient latinos ne parlant pas anglais, dans un service d'urgence, surtout lorsque ces soins sont fait en présence d'un interprète, cette étude veut étudier l'expérience des infirmiers afin de découvrir et comprendre les connaissances qui ont guidé leurs actions.

Objet de l'article

Objet de la recherche : Explorer et interpréter l'expérience des infirmiers qui prennent soin de patients Latinos, ne parlant pas anglais afin que les préoccupations quotidiennes, les compétences, les pratiques et les expériences des infirmiers puissent être exposées, comprises et décrites.

Question de recherche : Elle n'est pas clairement mentionnée dans l'article.

Hypothèse de travail : C'est une étude qualitative donc il n'y en n'a pas (démarche inductive ⇔ observations nous amènent à la théorie)

Principaux concepts : Que les infirmiers décrivent les expériences significatives qu'ils ont vécues lorsqu'ils prenaient en soins des patients Latino, qui ne parlaient pas anglais, et que ces soins étaient réalisés en présence d'un interprète.

Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données : Des entretiens, de groupe et individuels, non structurés ont été utilisés pour la récolte de données. Les chercheurs, lors des entretiens avec les infirmiers, avaient un guide comprenant les questions ouvertes de départ et si nécessaire, ils avaient d'autres questions qu'ils pouvaient poser pour clarifier ou compléter la conversation (Voir tableau 2).

De plus, une observation participante (auprès de 6 infirmiers parmi les 15 sélectionnés) a permis aux chercheurs d'examiner le contexte quotidien dans lequel les soins infirmiers ont eu lieu. Ce qui inclus l'environnement, les ressources utilisées par les infirmiers et les situations cliniques qui ont eu lieu.

Population de l'étude (échantillonage) + critères d'inclusion-exclusion : 15 infirmiers ont participé à l'étude (échantillonage intentionnel), nous n'en savons pas plus à propos de l'échantillonnage et des critères d'inclusion et d'exclusion (\Leftrightarrow limite)

La capacité des infirmiers à parler espagnol a été soit :

- Déterminée par les infirmiers
- Observée par les chercheurs lorsque les infirmiers parlaient espagnol durant les rencontres avec les patients.

Type d'analyse : C'est une étude phénoménologique. Ce qui justifie le nombre restreint de participants (15), car dans une étude qualitative, c'est la qualité des informations qui prime sur le nombre.

L'analyse de données a été faite grâce à un processus itératif d'analyse thématique.

Présentation des résultats

Principaux résultats : Tous les infirmiers ont dit utiliser des interprètes formels ou informels (soignants bilingues) durant leurs prises en soins mais pas d'interprétariat téléphonique. Les infirmiers (sauf ceux avec des habilités modérées en espagnol) ont dit être dépendant des interprètes pour :

- Qu'ils les assistent et qu'ils fassent une évaluation clinique précise du patient (même les infirmiers avec des capacités modérées en espagnol).
- Développer et maintenir des liens interpersonnels grâce auxquels leurs préoccupations pour le patient ainsi que les exigences de soins peuvent être communiquées.

Les préoccupations, à propos des prises en soins des patients ne parlant pas anglais, qui ont sollicité l'attention des infirmiers et influencé leur pratique quotidienne sont :

- Le manque de disponibilité des interprètes
- Les défis liés à la communication claire, précise et compréhensible des exigences de soins à l'aide d'une tierce personne.

Manque de disponibilité des interprètes :

- Seulement 2 hôpitaux sur 4 ont employé des interprètes médicaux qui sont présents aux urgences seulement pour quelques heures car ils devaient aussi aller dans les autres services
- Utilisation du personnel de l'hôpital comme interprète
- Hiérarchie pas d'accord d'appeler des interprètes si du personnel est disponible

A leur arrivée aux urgences, les patients ne parlant pas anglais indiquait si ils avaient besoin d'un interprète ou pas. 16/22 des entretiens observés impliquaient des patients qui avaient besoin d'un interprète.

Les interprètes n'ont pas été utilisés car il n'y avait pas d'interprètes disponibles ou parce que l'infirmier se sentait capable de mener l'entretien en parlant espagnol.

Les infirmiers ont verbalisé des préoccupations par rapport à la rapidité des soins et aux retards dus au fait que les interprètes n'étaient pas immédiatement disponibles pour les assister (« la file d'attente est plus longue pour les patients parlant espagnol parce que vous attendez pour un interprète »).

Raisons de l'inutilisation d'un interprète par les infirmiers :

- La raison de la venue des patients n'était pas urgente (fièvre, infection respiratoire supérieure)
- Les notes des infirmiers de tri étaient suffisamment claires pour que les infirmiers n'aient pas besoin de récolter plus de données

En l'absence d'interprètes, si les infirmiers avaient besoin de plus d'informations (qui n'étaient ni présente dans les notes de tri ni dans le dossier du patient), ils utilisaient les

mots espagnols qu'ils savaient ou les patients parlait avec leur anglais limité. Parfois, les infirmiers ne posaient pas de questions mais prenaient seulement les signes vitaux et collectaient d'autres données sans avoir à parler au patient ou à leur famille.

4 infirmiers qui ont été observés ont dit qu'ils préféraient assurer la présence d'un interprète pour la visite médicale plutôt que pour leur visite à eux. Ils jugeaient cette dernière moins importante que celle du médecin. Les infirmiers qui n'ont pas été observés ont eux aussi décrit cette pratique. Un infirmier a dit : « J'ai l'impressions que les patients vont expliquer leur histoire au médecin avec la présence d'un interprète. Donc sauf si j'ai un besoin urgent de savoir, je ne gaspille pas les ressources en faisant venir l'interprète avec moi ».

L'indisponibilité des interprètes était problématique en situation d'urgence : « Dans des situations comme celles-ci, tu ne peux pas et tu ne devrais pas avoir à trouver un interprète parce que c'est une situation en tête à tête, mais comment faire lorsque tu enlèves le langage dans ce tête à tête ? ».

Les infirmiers avec des habilités limitées en espagnol sont conscients que lorsque des patients ne parlant pas anglais se présentent, leur capacité à récolter des données précises sont souvent compromises par le manque de disponibilité des interprètes. Ainsi les infirmiers ne faisaient que des hypothèses, basées sur leurs observations du patient et de leur famille. Ils ont réalisé que ces suppositions ne pouvaient être vérifiées que lors de la présence d'un interprète.

Plusieurs infirmiers ont dit être préoccupés par le fait que lorsqu'ils étaient face à un patient ne parlant pas anglais, leur première intervention était de les laisser pour aller chercher un interprète. De ce fait, les infirmiers étaient inquiets de comment le patient devait se sentir abandonné et moins important : « Vous êtes en train de dire, « juste une minute, je sais que vous voulez me dire quelque chose. Je vais revenir. » Et ils ne savent pas ce que tu es en train de dire. Tu ne peux même pas dire « Vous êtes important pour moi. Laissez moi trouver un interprète pour que l'on puisse parler ». Ca arrive tout le temps. Et je ne pense pas qu'ils croient toujours que **tu vas revenir**. Ils s'inquiètent et se disent « oh, la voilà ». Et tu ne peux pas leur transmettre « Ok, je **vais revenir**. J'ai juste besoin d'un interprète pour que l'on comprenne ce qu'il se passe » ».

Les infirmiers qui voyaient les interprètes comme le seul moyen de maintenir une relation avec le patient ont réalisé que lorsque l'interprète n'était pas disponible, la relation avec le patient ne pouvait pas être établie ou maintenue de la manière dont les infirmiers le

souhaiteraient pour leur pratique. En conséquence, les patients n'étaient pas en mesure de bénéficier des soins de l'infirmier lorsqu'il était retardé ou lorsque sa présence avec le patient était raccourcie.

Les infirmiers avec des compétences minimes ou limitées en espagnol étaient tous d'accord sur le fait que le manque d'interprète entravait leur implication avec les patients Latinos. Le manque d'interprète ne faisait pas que retarder leurs soins, il réduisait aussi leur présence auprès du lit du patient (temps passé auprès du lit du patient pas mesuré dans cette étude). Les infirmiers ne pouvaient pas passer le temps qu'ils voulaient avec les patients ne parlant pas anglais.

L'incapacité des infirmiers à maintenir leur implication, leur intérêt grâce à des évaluations continues et à leur présence auprès des patients ne parlant pas anglais aggravent davantage le sentiment de ne pas être impliqué comme la situation le demande, comme les patients le méritent, et comme les infirmiers le souhaiteraient dans leur pratique.

Les infirmiers essayent d'utiliser le même interprète durant tout l'épisode de soin, quand cela est possible. Les infirmiers ont trouvé que cela permettait d'améliorer la relation qu'ils avaient établie avec le patient. De plus, en permettant au patient de se familiariser avec l'interprète, ils ont trouvé que cela aidait à réconforter le patient dans un environnement effrayant et non familier.

Communiquer les exigences de soins :

Il est important pour les infirmiers d'être en accord avec la performance des interprètes pendant la rencontre, pour être sur que la relation et la communication avec les patients ne parlant pas anglais ne soient pas compromises.

Les infirmiers ont décrit plusieurs domaines de préoccupation en ce qui concerne leur confiance envers les interprètes à communiquer clairement, précisément et de manière compréhensive les exigences de soin. Les domaines sont les suivants :

- La position et l'engagement émotionnel de l'interprète : - L'interprète était parfois inconfortable face à la situation. De plus, si l'interprète n'est pas engagé pour le patient, cela compromet la capacité de l'infirmier à communiquer et maintenir sa préoccupation pour le patient et les membres de sa famille. Cela peut avoir un impact sur la manière dont le patient et sa famille se sentent respectés et pris en soins.

- Si l'interprète n'est pas engagé émotionnellement pour le patient et sa situation, les infirmiers pensent que les patients et leur famille croient que leur attitude (celle des inf) est moins attentionnée envers eux.
- De nombreux infirmiers de l'étude étaient préoccupés et attristés quand ils percevaient que le patient ne voyait pas leur investissement émotionnel pour leurs soins à cause de l'attitude ou du désengagement de l'interprète.
- Certains infirmiers, pour maintenir la relation avec le patient, s'adressaient directement à lui plutôt qu'à l'interprète.
- La précision de l'interprète : - Le comportement de l'interprète durant l'entretien influence la confiance que les infirmiers ont dans la précision et la compréhensibilité des informations traduites.
 - Le manque de connaissances des interprètes sur la terminologie médicale impacte la précision de l'information qui est transmise (estomac plutôt que appendice...). Ainsi, cela impacte la qualité des soins et finalement, les outcomes du patient.
 - L'interprète doit être très précis dans la traduction de ses mots pour pas que le message que l'infirmier souhaite transmettre soit celui qui est transmis. Sinon, l'information peut être biaisée ou incomprise et cela impacte la santé des patients espagnols.

Les infirmiers pensent que la précision des interprètes impacte la qualité de leurs soins. De plus, ils sont parfois frustrés et inquiets de la compréhensibilité de l'information échangée lorsque tout un dialogue a lieu entre le patient et l'interprète et que la seule réponse transmise par l'interprète à l'infirmier est oui ou non. Il est possible que certaines informations importantes aient été condensées ou oubliées et l'infirmier n'est pas en mesure de savoir laquelle.

Il a été remarqué que les infirmiers avec moins de compétences pour travailler avec des interprètes n'interviennent pas dans ces conversations « parallèles » ou ils se sentent mis de côté. Mais il a été observé que les infirmiers qui avaient l'habitude de travailler avec des interprètes recadre l'interprète et demande des clarifications de la communication au cours des rencontres avec les patients.

Conclusion générale : La régularité de l'utilisation d'interprète professionnel dans les soins est déficiente. Une mauvaise communication entre les soignants et les patients ne parlant pas anglais influence la qualité et l'efficacité des rencontres soignantes. La confidentialité, la précision, le confort de l'interprète, et la capacité de maintenir une relation thérapeutique avec le patient sont les principales préoccupations des soignants. Etablir une bonne relation

et construire une relation de confiance avec les patients qui ont des cultures différentes de celles des soignants est considéré comme difficile mais nécessaire pour établir des relations soignant-soigné efficaces. C'est d'autant plus difficile lorsque la barrière linguistique est présente pendant les rencontres soignant-soigné et que la confiance et une bonne relation doivent être établies à l'aide d'un interprète.

Limites et éthique de l'étude

Limites : Les limites ne sont pas abordées par les auteurs dans l'article. Cependant, nous pouvons en trouver nous même :

- Certains infirmiers de l'étude parlaient espagnol ou étaient capables d'échanger en espagnol, ce qui implique qu'ils n'ont pas utilisé d'interprète. De plus, leur vision de l'interprétariat peut être différente s'ils n'avaient aucune habileté en espagnol.
- Méconnaissance sur l'échantillonnage (critères d'inclusion ? d'exclusion ?)
- Etude réalisée seulement dans 4 hôpitaux, d'un seul état des Etats-Unis.

Ethique : Les chercheurs ont reçu l'approbation de l' « Institutional Review Board of Oregon Health and Science University » et des hôpitaux pour faire cette étude, avant de contacter les infirmiers et patients qui allaient participer à cette étude.

Pour améliorer la franchise et assurer la confidentialité, toutes les rencontres ont eu lieu en dehors de la chambre des patients, et à un endroit où personne ne pouvait entendre ce qu'il se disait.

Démarche interprétative

Apports de l'article : L'article permet la mise en avant des points de vue des infirmiers sur le recours à l'interprétariat et l'impact que ce dernier a sur leur relation avec le patient mais aussi la manière dont ils considèrent leurs soins. De plus, cette étude permet la mise en avant des limites qui impactent l'utilisation de l'interprétariat dans les soins.

Pistes de réflexion : Les systèmes de soins devraient encourager à la formation d'un environnement qui promeut des soins culturellement compétents.

Les infirmiers, et les patients ne parlant pas anglais, devraient avoir accès à une communication précise, permettant la transmission des préoccupations et d'informations, qui répondent pleinement aux besoins des rencontres soignant-soigné.

Les infirmiers et les interprètes devraient recevoir les formations nécessaires pour qu'ils soient préparés à travailler de manière efficace ensemble, et que la relation entre les

patients allophones et leurs familles puisse être établie tout au long de la rencontre soignant-soigné.

Les restrictions budgétaires au sein des institutions de santé impliquent que les supérieurs hiérarchiques vont devoir être créatifs pour trouver un moyen de rendre fiable, et compétent, les services d'interprétariats disponibles pour les patients et les infirmiers.

L'analyse des coûts de l'utilisation des interprètes professionnels VS interprètes informels et tout ce que cela implique pour le patient (visites médicales rapprochées, conséquences d'une faible compliance dû à une mauvaise transmissions des informations) doit être considéré pour l'institutionnalisation d'interprète au sein des hôpitaux.

Les interprètes devraient recevoir des formations et un soutien qui les préparent à faire face à leurs responsabilités lorsqu'ils sont exposés à des patients instables ou ayant subi un traumatisme important.

Les interprètes devraient avoir l'opportunité de participer, avec les infirmiers et autres soignants, à des débriefings en lien avec des situations difficiles.

Il est nécessaire de continuer à former les infirmiers sur l'interprétariat pour qu'ils travaillent de manière plus efficace avec les interprètes. En effet, leur permettre d'apprendre comment communiquer efficacement au travers d'un interprète, et observer les signaux pouvant indiquer un manque de compréhension de la part des patients ou une mauvaise communication, peut être nécessaire pour qu'ils prodiguent des soins culturellement adéquats.

Les infirmiers devraient avoir pour habitude de demander aux patients ne parlant pas anglais de répéter l'information qu'ils ont reçue pour s'assurer de leur compréhension.

Les infirmiers doivent apprendre à recadrer un interprète pour que son implication envers le patient et sa famille soit maintenue (éviter les dialogues où l'infirmier n'est pas inclus).

Arranger des sessions d'entraînement pour les infirmiers et les interprètes pour leur permettre à tous les deux de mettre en pratique leurs compétences et de comprendre ce qui est attendu de chacun, ainsi que leurs intentions qui se cachent derrière leurs actions ou leurs messages. Il est suggéré d'élargir cette pratique dans les écoles de soins infirmiers pour que les étudiants aient l'opportunité de s'impliquer dans des situations nécessitant l'utilisation d'interprètes.

Une prochaine recherche pourrait examiner de plus près les conditions de travail pour explorer l'environnement de travail qui améliore la provision de soins culturellement adaptés par les infirmiers. De plus, une autre recherche en lien avec les patterns de communication entre les infirmiers, les interprètes et les patients allophones pourrait être importante pour identifier les composants de la communication qui permettent des soins culturellement adéquats

10.3. [Fiche de lecture article 3]

*Errors of Medical Interpretation and Their Potentiel Clinical Consequences :
A Comparision of Professionnal Versus Ad Hoc Versus No Interpreters*

Cadre général

Auteurs : Glenn Flores, Milagros Abreu, Cara Pizzo Barone, Richard Bachur, Hua Lin.

Nom-Type de revue : Annals of Emergency Medicine est une revue où un numéro est publié tous les mois, tous les articles qu'elle contient sont revus par des pairs. C'est la revue officielle de l' « American College of Emergency Physicians ». La revue a été élue en 2009 comme une des 100 revues biomédicales les plus influente (Wikipédia, 2017).

Lieu de l'étude : L'étude a eu lieu dans les deux plus grands services d'urgences pédiatriques de l'état du Massachussetts (USA).

Objectifs pratiques : Déterminer si, entre les interprètes professionnels, il y a une corrélation entre les heures d'interprétariat ou les années d'expériences en tant qu'interprètes et le nombre d'erreurs faites, leurs types et leurs potentielles conséquences cliniques. Cela dans le but de donner des informations utiles pour la formation des interprètes, les hôpitaux et les législateurs.

Objet de l'article

Objet de la recherche : Comparer les erreurs des interprètes et leurs possibles conséquences lors des rencontres médicales, avec des patients parlant espagnol et ayant un niveau limité d'anglais et avec des interprètes professionnels VS informels VS sans interprètes.

Question de recherche : Elle n'est pas clairement écrite dans l'étude mais peut être déduite comme étant : Est-ce qu'il y a une différence de précision de l'information transmise au patient entre l'interprétariat formel, informel et pas d'interprétariat ?

Hypothèse de travail : Elle n'est pas clairement écrite mais peut être déduite comme étant : Il n'y a pas de différence d'erreurs et leurs possibles conséquences cliniques entre les différents types d'interprétariat.

Principaux concepts : Le principal concept de cette étude est les erreurs de traduction faites par les différents types d'interprètes, et leurs possibles conséquences sur la santé du patient.

Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données : Pendant 30 mois, les rencontres entre les différents acteurs ont été enregistrées (= 57 rencontres au total). Ces enregistrements ont par la suite été retranscrits par écrit par des professionnels qui parlait couramment l'anglais et l'espagnol et qui ne connaissaient pas le but de l'étude.

Population de l'étude (échantillonnage) + critères d'inclusion-exclusion : C'est un échantillonnage intentionnel. C'est à dire que chaque participant à l'étude, a été sélectionné de manière aléatoire et ce car il remplissait les critères d'inclusion. En effet, chaque personne qui se présentait aux urgences et qui était le responsable de l'enfant qu'il amenait consulter, devait avoir l'espagnol comme langue maternelle et des capacités limitées en anglais pour pouvoir remplir les critères d'inclusion de l'étude et ainsi y participer.

De plus il y avait 3 catégories d'interprétariat analysées durant l'étude :

- Les interprètes professionnels qui sont payés et employés par le service d'interprétariat de l'hôpital. Ils devaient, au préalable, dire combien d'heures de formation en interprétariat médical ils avaient effectué et le nombre d'années d'expériences qu'ils avaient en tant qu'interprète médical.
- Les interprètes informels
- Pas d'interprètes

Type d'analyse : C'est une analyse transversale des erreurs réalisées par les interprètes (si il y en avait) et leurs possibles conséquences cliniques, réalisée à partir d'enregistrements audio de visites médicales ayant eu lieu aux urgences pédiatriques.

L'analyse univariée a été utilisée pour l'analyse de données.

Présentation des résultats

Principaux résultats : 35% des rencontres se sont déroulées en présence d'interprètes professionnels, 47% en présence d'interprètes informels, 18% des rencontres se sont déroulées sans interprètes.

En tout, 1884 erreurs réalisées par les interprètes (toutes catégories confondues) ont été relevées (⇒ environ 33 erreurs par rencontre). En moyenne les interprètes formels faisaient 32.7 erreurs par rencontres, les interprètes informels 33.7 et il y avait 32.3 erreurs par rencontre sans interprète.

Les différentes catégories d'erreurs sont :

- Omissions (47% des erreurs)
- Suivi d'une fausse traduction (26%)
- Addition (10%)
- Emission de son opinion (9%)
- Substitution (9%)

Les erreurs les plus fréquentes étaient commises par les interprètes informels ou sans interprètes. Les erreurs les moins fréquentes étaient commises par les interprètes professionnels.

Environ 344 (18%) des erreurs avaient des possibles conséquences cliniques. En moyenne, 6 erreurs avec de possibles conséquences cliniques avaient lieu lors des rencontres (il pouvait y avoir de 0 à 47 erreurs de ce type par rencontres).

12% de ces erreurs étaient commises lors des rencontres avec des interprètes professionnels, 22% lors des rencontres avec des interprètes informels, 20% lors des rencontres sans interprète.

Lors de rencontres avec des interprètes informels, certaines familles n'avaient pas la bonne information concernant le dosage et la fréquence d'administration du médicament prescrit, ou encore certains médicaments prescrits par le médecin n'étaient pas transmis à la famille qui ignorait l'existence d'un second traitement.

Lors de rencontres sans interprète, avec des soignants parlant peu espagnol et des parents parlant peu anglais, la posologie et la durée du traitement n'était expliquées qu'en anglais par le soignant. Les symptômes qui devaient alerter les parents pour qu'il ramène l'enfant aux urgences étaient eux aussi décrits en anglais seulement. Il était difficile de savoir si les parents avaient compris ces instructions.

Le nombre d'heures de formation reçues par les interprètes formels était directement corrélé aux nombre et type d'erreurs qu'ils faisaient. Les interprètes ayant reçu 100h ou + de formation faisaient, en moyenne, environ 20 erreurs de moins, que ceux qui avaient reçu

moins de 100h. De plus ils faisaient moins d'erreurs de type mauvaise traduction, substitution et émission de son opinion. Les interprètes avec + de 100h commettaient en moyenne 0 erreurs avec des possibles conséquences cliniques contre 4 pour les interprètes ayant reçu – de 100h. La proportion des erreurs avec de possibles conséquences cliniques était de 2% pour les interprètes ayant reçu + de 100h de formation et de 12% pour ceux ayant reçu – de 100h.

Conclusion générale : Les erreurs ayant des possibles conséquences cliniques pour le patient sont davantage effectuées lors de rencontres avec des interprètes informels ou sans interprète. Ainsi, la présence d'un interprète formel permet de minimiser les risques pour la santé du patient.

Les interprètes professionnels ayant reçu 100h (ou +) de formation font moins d'erreurs avec de possibles conséquences cliniques. Il est ainsi important de former les interprètes à l'interprétariat médical pour limiter les risques pour le patient et assurer la qualité des soins.

Limites et éthique de l'étude

Limites : Comme l'étude a été menée seulement dans 2 services d'urgence du Massachusetts, les résultats peuvent ne pas être transposables à d'autres services-hôpitaux, états ou pays.

Cette étude ne concernait que des patients pédiatriques il faudrait en réaliser une autre similaire avec des patients adultes. De plus, elle ne concernait que les parents dont la langue maternelle était l'espagnol et qui avaient des capacités limitées en anglais.

Les rencontres étaient enregistrées ce qui ne permettait pas de percevoir tout le comportement non verbal des participants à l'étude (même si un chercheur était présent) car les enregistrements ont été analysés plus tard. De plus, les chercheurs savaient quel type d'interprète était présent lors de l'analyse de données (pas de double aveugle).

Les heures de formation reçues par les interprètes n'étaient pas vérifiées, il est donc possible qu'il y ait eu une surestimation ou une sous estimation de celles-ci par rapport à la réalité.

L'interprétariat téléphonique n'a pas été inclus dans cette étude.

Ethique : Chaque retranscription a été vérifiée 3 fois par 3 assistants de recherche différents en comparant de manière simultanée les enregistrements audio et les transcriptions écrites.

Le Boston Medical Center et le Boston Children's Hospital institutional review boards ont donné leur accord avant que cette étude ne soit conduite.

Les chercheurs ont obtenu le consentement de chaque participant à l'étude.

Démarche interprétative

Apports de l'article : Cet article nous montre que l'interprétariat professionnel a moins de conséquences sur la santé du patient (du aux erreurs ayant de possibles conséquences cliniques commises) que l'interprétariat informel ou l'inutilisation de l'interprétariat. Ainsi, en diminuant les erreurs, l'interprétariat professionnel assure la sécurité des patients et une meilleure qualité de soins.

Pistes de réflexion : Une autre recherche devrait être faite sur le contenu optimal de la formation des interprètes médicaux et les particularités de la relation permettant de réduire au maximum les erreurs d'interprétariat et leurs possibles conséquences cliniques. Cela dans le but d'améliorer la formation des interprètes et ainsi assurer la sécurité des patients.

10.4. [Fiche de lecture article 4]

Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey.

Cadre général :

Auteurs : Emine Kale, Hammad Raza Syed

Nom-Type de revue : Patient Education and Counseling.

Lieu de l'étude : L'étude a été menée à Oslo, Norvège.

Objectifs pratiques : Augmenter la connaissance, chez les professionnels de santé et les institutions, à propos de la responsabilité légale qu'ils ont d'assurer une communication suffisante avec leurs patients.

Objet de l'article :

Objet de la recherche : Examiner la communication interculturelle et savoir combien de fois les soignants ont ressenti le besoin de faire appel à un interprète, que faisaient-ils dans ce genre de situations, quelles attentes ils avaient des interprètes et leur évaluation des compétences nécessaires.

Question de recherche : L'étude possède plusieurs questions de recherche :

- Quelles sont les pratiques communes des soignants quand ils sont confrontés à la barrière de la langue lorsqu'ils sont en interactions avec des patients migrants ayant des capacités limitées en norvégien ?
- Quelles sont les attentes des soignants envers les interprètes professionnels ?
- Comment les soignants évaluent le besoin de faire recours à un interprète ?

Hypothèse de travail : Elle n'est pas explicitée dans l'étude.

Principaux concepts : Documenter et décrire les pratiques des soignants quand ils sont confrontés à la barrière de la langue.

Méthodologie de la recherche :

Outils pour la récolte de données : Un questionnaire structuré, comportant 36 questions, a été utilisé pour la récolte de données. Les questions étaient organisées en 3 parties :

- La première est orientée sur le besoin du recours à une aide linguistique et l'utilisation des interprètes
- La seconde est orientée sur les connaissances des soignants sur comment coopérer avec un interprète et les attentes que les soignants ont des interprètes
- La dernière est orientée sur les besoins en connaissances des soignants et leur interprète.

Population de l'étude (échantillonnage) + critères d'inclusion-exclusion : 1290 questionnaires ont été distribués aux soignants (médecins, infirmiers, assistants sociaux, physiothérapeutes et aide soignants) dans des consultations de premiers recours dans 3 districts d'Oslo et dans des unités de 3 hôpitaux (médecine, chirurgie, gynécologie-maternité, psychiatrie et urgences). Il y a eu 453 participants, dont la majorité (51.1%) étaient des infirmiers. Nous nous focaliserons sur les résultats concernant ces derniers car ce sont les infirmiers qui nous intéressent pour notre question de recherche. L'échantillonnage est donc intentionnel car une sélection aléatoire d'individus reflétant le but de l'étude (soignants) a été réalisée. Les critères d'inclusion et d'exclusion ne sont pas mentionnés.

Type d'analyse : C'est une étude transversale. Le Chi-Square a été utilisé pour savoir si les résultats étaient significatifs.

Présentation des résultats :

Principaux résultats : Les résultats sont présentés selon les différentes parties du questionnaire (cf. outils pour la récolte de données).

Le besoin et l'utilisation des interprètes dans le système de santé public :

30% des participants à l'étude utilisent « assez souvent » (↔ plusieurs fois par mois à tous les jours) un interprète. Les médecins utilisent plus souvent des interprètes que les infirmiers (car ils sont responsables des diagnostics, instauration de traitements...)

25.3 % des participants ont dit souvent mener la rencontre sans savoir si le patient a des capacités limitées en norvégien, ainsi, un interprète peut être prévu seulement après cette consultation. 60% des participants ont dit que, lors de nouvelles rencontres, le besoin d'un

interprète était évalué selon les informations présentes dans le dossier (si le besoin d'un interprète était clairement ou indirectement mentionné dans celui-ci).

A la question « à quelle fréquence des situations dans lesquelles vous n'utilisez pas d'interprètes, même si la compréhension du norvégien par le patient est insuffisante, vous arrivent-elles ? », 41.5% des infirmiers ont répondu souvent et 36.5% quelquefois.

26% des participants disent ne pas utiliser d'interprète, même si le patient a des capacités limitées en norvégien, car cela prend du temps et que ce n'est pas pratique. 21% car il y a un faible accès aux services d'interprétariat. 24,9% ont d'autres raisons pour lesquelles ils n'utilisent pas d'interprètes (situations aigues ne donnant pas le temps de faire appel à un interprète, difficultés d'obtenir un interprète à n'importe quelle heure de la journée, utilisation d'interprètes informels).

51.3 % des infirmiers utilisent souvent la famille ou les amis comme interprète pour communiquer avec le patient (sauf dans les services de psychiatrie).

En cas de situations aigues et quand l'interprétariat n'est pas disponible, 38% disent utiliser la famille ou les connaissances du patient comme interprète. 33% tentent tant bien que mal de communiquer avec le patient, sans interprète. 12.1% cherchent un employé de l'institution parlant la langue du patient.

Les attentes des soignants sur les interprètes :

Certains prérequis sur les interprètes ont été soulevés dans cette étude (ceux-ci coïncident avec les recommandations données aux interprètes professionnels) :

- Qu'il soit respectueux du patient (92% des participants jugent cela très important)
- Qu'il soit capable de s'exprimer clairement (89%)
- Qu'il soit impartial (86.5%)
- Qu'il interprète de manière précise (79%)
- Qu'il informe le patient sur son devoir du respect du secret professionnel (76%)

50% des infirmiers veulent que l'interprète soit un médiateur culturel lors des rencontres.

Des compétences accrues sont nécessaires chez les interprètes et les soignants :

50% des infirmiers veulent que les interprètes aient plus de compétences professionnelles.

25% des infirmiers ont été un peu insatisfaits du service d'interprétariat qu'ils ont utilisé.

59% des infirmiers (contre 74% des médecins) ont été très ou majoritairement satisfait de leur manière de travailler avec un interprète. 40% des infirmiers étaient plutôt pas satisfait et 1.9% pas satisfait du tout.

50% des infirmiers ont répondu qu'ils étaient plutôt pas satisfaits et 22% pas satisfaits du tout à la question : « Est-ce que vous êtes satisfait des opportunités que l'institution vous donne pour améliorer vos compétences concernant l'utilisation des interprètes ? ».

Conclusion générale : Les interprètes restent peu utilisés par les infirmiers malgré qu'ils soient en contact avec des patients migrants allophones. De plus, ils utilisent souvent des interprètes informels. Certains prérequis sont nécessaires pour les infirmiers pour qu'ils puissent avoir confiance et sentir que l'interprète est sérieux. Encore de nombreux infirmiers restent insatisfaits de leur collaboration avec un interprète ce qui montre un besoin en formation sur le rôle de l'interprète, mais aussi comment collaborer ensemble, au sein de la triade, pour que chaque acteur ait sa place et qu'ils puissent assurer la santé du patient.

Limites et éthique de l'étude :

Limites : Du faible taux de réponse, les résultats mettent en évidence des problèmes pertinents plutôt que de donner des conclusions définitives.

Comparé à une étude qualitative, cette étude ne met pas en évidence les nuances pouvant élaborer notre compréhension et nos connaissances de base.

La vision des interprètes et des patients sur la barrière de la langue n'a pas été incluse dans l'étude.

Ethique : Aucun problème éthique n'est soulevé par les auteurs.

Démarche interprétative :

Apports de l'article : L'article nous montre que les services d'interprétariat sont sous utilisés dans les soins et que c'est une méthode qui n'est pas suffisamment intégrée dans les soins comme une procédure standardisée et assurant la qualité des soins.

L'utilisation des interprètes dépend de la connaissance du soignant sur l'interprétariat et c'est de sa propre initiative d'y faire appel.

Dans des situations aigues, les soignants ne font pas appel à des interprètes (même interprétariat téléphonique) alors que ce sont des situations où la vie du patient est en jeu et qu'une compréhension précise de la situation est nécessaire.

Les soignants utilisent les solutions les plus simples (interprètes informels) lorsqu'ils sont exposés à la barrière de la langue.

Pistes de réflexion : Il y a un besoin important et urgent d'améliorer la connaissance chez les directeurs des institutions de soins et les législateurs sur le fait qu'une formation sur comment évaluer la barrière de la langue chez un patient et comment surmonter celle-ci est nécessaire pour les soignants, pour qu'ils puissent prendre les bonnes décisions et assurer la santé du patient.

Il semble nécessaire d'instaurer une routine et des procédures au sein des institutions pour assurer une collaboration efficace entre les interprètes et les soignants.

Les supérieurs hiérarchiques doivent prendre conscience que des mesures appropriées doivent être prises pour adapter les services de soins aux patients allophones.

10.5. [Fiche de lecture article 5]

Patient-reported Quality of Pain Treatment and Use on Interpreters in Spanish-Speaking Patients Hospitalized for Obstetric and Gynecological Care

Cadre général

Auteurs : Nathalia Jimenez, Gerardo Moreno, Mei Leng, Dedra Buchwald, Leo S. Morales

Nom-Type de revue : Journal of General internal medicine

Lieu de l'étude : Etats-Unis

Objet de l'article :

Objet de la recherche : Déterminer si l'utilisation d'un interprète était en lien avec la qualité de la prise en charge de la douleur aigue chez les patientes Latina ayant des capacités limitées en anglais.

Question de recherche : Elle n'est pas clairement énoncée mais peut être déduite comme : « L'utilisation d'un interprète permet-elle une meilleure prise en charge de la douleur chez les patientes Latina, hospitalisée dans un service de gynécologie obstétrique, et ayant des capacités limitées en anglais ? »

Hypothèse de travail : Elle n'est pas clairement décrite mais peut être déduite comme étant : Il n'y a pas de différence dans la prise en charge de la douleur par les soignants, entre les patients ayant toujours accès à un interprète et ceux n'ayant pas toujours ou pas du tout accès à un interprète.

Principaux concepts : Le principal concept de cette étude est la prise en charge de la douleur chez les patients parlant espagnol avec de faibles capacités en anglais.

Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données : Un questionnaire a été distribué aux participants. Les thèmes des questions étaient :

- Qualité de la prise en charge de la douleur
- Lien entre la prise en charge de la douleur et la barrière de la langue
- L'utilisation d'un interprète

Population de l'étude (échantillonnage) + critères d'inclusion-exclusion : C'est un échantillonnage par commodité. En effet, les 185 participantes à l'étude ont été choisies parmi les 368 participants à l'étude initiale, car elles avaient indiqué avoir nécessité d'antalgiques et d'interprètes pendant leur hospitalisation.

Ainsi, les critères d'inclusion peuvent être déduits comme :

- Patients hospitalisés en service de gynécologie-obstétrique
- Patients ayant nécessité un traitement antalgique
- Patients ayant nécessité un service d'interprétariat

Les participants étaient séparés en 2 groupes en fonction de la disponibilité des interprètes :

- Groupe cas : Participants pour qui un interprète était nécessaire et était toujours disponible
- Groupe témoin : Participants pour qui un interprète était nécessaire et était parfois, généralement ou jamais disponible

Type d'analyse : C'est une seconde analyse de 2 études transversales.

La méthode de régression a été utilisée pour l'analyse des résultats

Présentation des résultats :

Principaux résultats : Le groupe cas, en comparaison au groupe témoin, avait de meilleurs résultats concernant la prise en charge adéquate de la douleur durant leur hospitalisation, une réponse à leur douleur réalisée à temps et la servabilité des soignants pour répondre à leur douleur (les résultats étaient significatifs car $p < 0.05$).

La barrière de la langue a été un problème pour recevoir un traitement antalgique chez 13% des participants du groupe témoin contre 8% des participants du groupe cas.

96% des patients du groupe cas ont dit ne pas avoir de problème à avoir un antalgique par l'infirmier, lorsque celui-ci ne parlait pas espagnol, contre 87% du groupe témoin. 2% des patients du groupe cas ont eu beaucoup de difficulté à recevoir un antalgique par l'infirmier contre 6% du groupe témoin.

Conclusion générale : Les patients qui avaient toujours accès à un interprète durant leur hospitalisation ont, de manière générale, eu moins de mal à recevoir un traitement antalgique. Ils estimaient avoir eu une bonne prise en charge et dans les temps de leur douleur.

Procurer des interprètes aux patients ayant des capacités limitées en anglais permet une meilleure évaluation par les patients de la qualité de la prise en charge de la douleur.

L'utilisation d'un interprète permet de faciliter l'obtention d'un antalgique et ainsi un meilleur contrôle de la douleur.

Limites et éthique de l'étude :

Limites : L'étude contient seulement une évaluation des patients lorsqu'ils sortent de l'hôpital et non lorsqu'ils arrivent. Ainsi les résultats pourraient différer.

Cette étude manque de données concernant le type de traitement analgésique reçu par les patients, mais aussi sur l'intensité et la durée de la douleur, qui peuvent être des indicateurs de la qualité de la prise en charge de la douleur.

Aucune information sur l'attente des patients sur le système de santé ou sur leur satisfaction à propos des soignants n'a été récoltée alors qu'elles peuvent avoir une influence sur les réponses données aux questions.

L'échantillonnage de l'étude (par commodité) ne permet pas de généraliser les résultats aux hommes, aux populations rurales, ou à d'autres femmes hospitalisées pour d'autres raisons que gynécologiques ou obstétriques.

Ethique : Aucun problème éthique n'est soulevé par l'étude.

Démarche interprétative :

Apports de l'article : L'article montre que la présence d'un interprète permet une meilleure gestion de la douleur chez les patients. Ainsi, le recours à l'interprétariat permet une meilleure prise en charge de la santé des patients allophones.

Pistes de réflexion : L'utilisation des interprètes est recommandée pour assurer une bonne gestion de la douleur. Ce dernier permettrait aussi aux patients de décrire précisément leur douleur, les symptômes associés mais aussi d'être au courant des effets indésirables possibles en lien avec les antalgiques.

L'interprète permet d'expliquer aux patients les différents types de traitements et d'antalgie disponibles pour qu'ils puissent faire leur choix en toute connaissance de cause.

Il faut promouvoir davantage l'utilisation d'interprète formel pour améliorer l'évaluation clinique et le traitement de la douleur.

D'autres études sont nécessaires pour évaluer les effets cliniques des services d'interprétariat sur la prise en charge de la douleur pour d'autres patients que les femmes Latina hospitalisées en service de gynécologie-obstétrique.

10.6. [Fiche de lecture article 6]

A bridge between cultures: interpreters' perspectives of consultations with migrant oncology patients

Cadre général :

Auteurs : Phyllis N. Butow, Elizabeth Lobb, Michael Jefford, David Goldstein, Maurice Eisenbruch, Afaf Grgis, Madeleine King, Ming Sze, Lynley Aldridge & Penelope Schofield

Nom-Type de revue : La revue dans laquelle a été publié cet article se nomme « Support Care in Cancer ». Ce journal publie un numéro par an depuis 2003. C'est le journal officiel de l'association MASCC (Multinational Association of supportive Care in Cancer). Il publie des recherches originales ainsi que des articles sur tous les sujets concernant les soins de support en oncologie. Tous les articles sont soumis à un comité de lecture.

Lieu de l'étude : L'étude a été menée en Australie auprès d'un service d'interprétariat en santé à Victoria et New South Wales.

Objectifs pratiques : Comprendre la vision des interprètes sur trois sujets : la perception de leur rôle, les challenges auxquels ils sont confrontés avec les patients en oncologie, leurs besoins en formation et en soutien.

Objet de l'article :

Objet de la recherche : Comprendre la vision des interprètes sur certains aspects de leur travail. Trois aspects ont été dégagés : la perception de leur rôle (1^{er} thème) les défis auxquels ils font face avec les patients en oncologie (2^{ème} thème), leurs besoins en formation et en soutien (3^{ème} thème).

Question de recherche : Elle n'est pas nommée explicitement mais peut être divisée en trois questions : Comment les interprète perçoivent-ils leur rôle ? A quels défis font-ils face avec des patients adultes en oncologie ? Quels sont leurs besoins en matière de formation ou de soutien ?

Hypothèse de travail : Elle n'est pas nommée mais peut-être déduite comme : Les interprètes ont une vision commune sur leur travail concernant les trois thèmes évoqués.

Principaux concepts : L'interprétariat médical, l'oncologie, rôles professionnels, défis

Méthodologie de la recherche :

Outils pour la récolte de données : Quatre focus groupe (avec trente interprètes participants au total) ont été enregistrés, retranscrits et analysés avec le logiciel N-Vivo. La durée de ces groupes était de une heure et demi à deux heures. Il y avait cinq à sept interprètes par groupe. La discussion était guidée par de courtes questions posées par des chercheurs ayant une expertise en études qualitatives et en résultats sur la migration. Ces questions étaient en lien avec les trois thèmes énoncés dans la question de recherche.

Population de l'étude (échantillonnage) + critères de sélection-exclusion : Les participants à l'étude ont été recrutés parmi les interprètes de plusieurs services d'interprétariat en santé à Victoria et New South Wales en Australie. L'échantillonnage est de type intentionnel. Tous les interprètes invités à participer à l'étude y ont participé.

Il y a 3 critères d'éligibilité des interprètes :

- *La formation en interprétariat* : Seuls les interprètes ayant reçu une formation en interprétariat étaient sélectionnés
- *Age des interprètes* : + de 18 ans
- *La langue* : interprètes travaillant avec des patients en oncologie parlant le chinois (Mandarin et Cantonais), le grec ou l'arabe

La sélection a été menée jusqu'à saturation des thèmes. Cette dernière a été atteinte en quatre groupes avec un total de 30 interprètes représentatifs de la population visée. Les interprètes ayant participé ont aussi répondu à un questionnaire sur certaines de leurs caractéristiques.

Type d'analyse : C'est une étude qualitative qui fait partie d'une étude plus large sur les besoins des migrants parlant le chinois, le grec et l'arabe et atteints d'un cancer en Australie. Le plan est observationnel, il utilise des entretiens de groupe dit « focus groupe » pour son recueil de données.

L'analyse des données a été réalisée selon la méthode d'analyse phénoménologique interprétative IPA. Elle a été menée indépendamment par deux chercheurs. Chacun a

analysé le verbatim des focus groupes et développé une série de thèmes et sous-thèmes. Puis ils ont mis en commun leurs résultats. Ils se sont servis du logiciel N-Vivo pour développer les résultats.

Présentation des résultats :

Les premières constatations ont été que tous les interprètes travaillent dans plusieurs services différents et non pas seulement en oncologie. Les résultats ne sont donc pas spécifiques à l'oncologie. Aucune différence notable n'a été observée entre les différents groupes de langue, les résultats des groupes ont donc été combinés.

Principaux résultats : Les participants étaient, dans l'ensemble, très clair sur le rôle qu'ils doivent remplir, à savoir retranscrire l'information, assurer la compréhension, être exact, respecter la confidentialité et être impartial.

Trois principaux dilemmes ont émergé :

- Être exact et précis dans la traduction mais aussi assurer la compréhension des deux partis
- Simple traducteur versus défenseur de la culture et sensibilité à la culture des patients
- Maintenir une distance professionnelle versus apporter du soutien

Les autres dilemmes évoqués sont :

- La contrainte de temps et l'absence de continuité.
- La charge émotionnelle propre aux patients en oncologie.
- La relation avec les proches des patients.

Attentes et suggestions des interprètes en terme de formation et de soutien :

- Besoin de formation continue en terminologie médicale pour être à jour et exact.
- Désir de formation pour améliorer leurs compétences en matière de soutien aux patients.
- Souhait de pouvoir bénéficier du soutien d'un autre interprète, d'un mentor pour débriefer les consultations émotionnellement chargées.

Lors des focus groupes les interprètes ont fait des propositions concrètes à l'attention des oncologues pour améliorer la collaboration avec les interprètes et améliorer le vécu de la consultation pour les patients allophones :

- Avant la consultation : - Faire appel à un interprète qui parle le même dialecte que le patient
 - Prévoir suffisamment de temps de consultation
 - Minimiser les tâches administratives pour les interprètes
 - Être à l'heure pour que l'interprète soit entièrement disponible pour la rencontre
 - Faire un briefing à l'interprète sur la situation du patient et évoquer les éventuels challenges
 - Limiter le nombre de proches pouvant être présents
- Pendant la consultation : - Être directif, prendre le contrôle de la consultation
 - Utiliser un interprète et non un membre de la famille, défendre l'interprète si besoin
 - Vérifier la compréhension
 - Poser des questions
 - Parler lentement et faire des phrases courtes
 - Parler directement au patient plutôt qu'à travers l'interprète
 - Savoir si des informations sur le pronostic sont nécessaires et si oui, lesquelles
 - Donner des informations sur les services disponibles
 - Donner accès à des informations traduites
 - Résumer les principaux « take-home messages »
- Après la consultation : - Se renseigner sur comment l'interprète se sent suite à une consultation difficile
 - Débriefer avec l'interprète
 - Faire des formations sensibilisant à l'interculturalité
 - Former les jeunes soignants au rôle de l'interprète

Conclusion générale : L'étude a permis de faire émerger des thèmes de préoccupations des interprètes allant au-delà des questions initialement posées. Les interprètes apparaissent comme très concernés par le vécu des patients et désireux de leur apporter du soutien au-delà de leur rôle d'interprète. Dans la mesure où se sont eux qui comprennent le mieux ce que disent les patients, ils perçoivent aussi mieux les émotions des patients. Ils sont bien placés pour se rendre compte de la difficulté de compréhension qui vient s'ajouter à la difficulté de la situation de santé des patients. Dans cette étude, les interprètes mettent

aussi en évidence la question de la différence culturelle comme un élément pouvant compromettre la communication au même titre que la différence de langue. Bien que n'étant pas des professionnels de la santé ils se questionnent sur l'impact sur la santé de la barrière de la langue pour les patients allophones.

Particularité-originalité de l'étude : Cette étude est ciblée sur le point de vue des interprètes. Elle a été menée par des chercheurs issus de différentes disciplines : sciences humaines (psychologie) et médecine. Elle fait partie d'une étude plus large sur les besoins des patients migrants. Ses résultats seront exploités au-delà de cet article.

Limites et éthique de l'étude

Limites :

- La généralisabilité de l'étude peut être limitée du fait qu'elle inclue des interprètes pour seulement trois langues.
- L'échantillonnage est limité car il s'est fait dans seulement deux centres d'interprétariat. Seuls des interprètes formés ont été sélectionnés ce qui n'est pas représentatif de la réalité de l'interprétariat dans les soins.
- La question de recherche initiale était composée de trois sous-questions. Les focus groupes n'ont pas permis de répondre à l'ensemble des thèmes de ces questions. En effet aucune différence significative n'est apparue entre les patients en oncologie, comparativement aux autres patients. Deuxièmement les interprètes sont au clair avec leur rôle.
- Les bénéfices ou les impacts des interprètes sur les patients ne sont pas abordés.

Ethique : Cette étude ne contient pas d'intervention et ne cible pas les patients. Il n'y a donc pas de problème éthique.

Démarche interprétative

Apports de l'article : Cet article apporte des propositions concrètes à l'attention des oncologues pour améliorer la collaboration avec les interprètes et améliorer le vécu de la consultation par les patients allophones. Ces propositions peuvent être transférées aux autres professionnels de la santé amenés à travailler avec des patients allophones et des interprètes. Tous les interprètes ayant participé à l'étude ont été formés à l'interprétariat

médical. Au vu de la qualité de leurs réflexions, nous pouvons penser que la formation est un facteur qui améliore la qualité des soins en présence d'interprètes professionnels.

Pistes de réflexion :

Cet article met en lumière la qualité de la réflexion des interprètes. Il nous invite à les concerter d'avantage et à les considérer comme des partenaires de soins à part entière. Nous retenons aussi la proximité des interprètes avec les patients et il serait intéressant de repenser leur place dans la triade patient-soignant-interprète. Enfin, il paraît désormais impossible de concevoir leur rôle uniquement comme celui d'un facilitateur neutre de la communication entre patient et soignant.

10.7. [Fiche de lecture article 7]

The challenge of communication in interpreted consultations in diabetes care : a mixed methods study

Cadre général :

Auteurs : Clive Seale, Carol Rivas et Moira Kelly

Nom-Type de revue : Cet article a été publié dans la revue « British Journal of General Practice » qui est une publication éditorialement indépendante du « Royal college of General practitioners ». Un nouveau numéro est publié tous les mois contenant des articles revus par des pairs.

Lieu de l'étude : L'étude a été menée dans quatre centres de premiers recours à Tower Hamlets à l'est de Londres (Royaume- Uni).

Objectifs pratiques : Le but est d'identifier les challenges de l'utilisation des interprètes lors de consultations et d'expliquer les inconvénients vécus par les patients atteints de diabète et appartenant à des groupes minoritaires.

Objet de l'article :

Objet de la recherche : Donner un aperçu des défis et de la pertinence des recommandations sur la manière de travailler avec des interprètes dans le contexte britannique.

Question de recherche : La question de recherche n'est pas formulée mais nous pouvons imaginer qu'elle serait en lien avec les différences trouvées entre les consultations avec interprètes et les consultations avec deux personnes parlant anglais.

Hypothèse de travail : Elle n'est pas nommée.

Méthodologie de la recherche :

Outils pour la récolte de données :

Analyse qualitative :

- 57 vidéos et enregistrements audio de consultations en diabétologie.
- Les paroles en anglais ont été retranscrites par un transcripteur anglais professionnel.
- Les autres langues (non-anglaises) ont été retranscrites par un traducteur et un membre de la recherche. Le traducteur a verbalisé en anglais les passages qui n'étaient pas en anglais. Ces passages étaient parfois repassés plusieurs fois. Ces passages traduits en anglais ont été enregistrés et retranscrits en italique dans la retranscription en anglais.
- Un système de codage pour l'analyse du contenu a été développé par les trois chercheurs et appliqué aux transcriptions par deux des chercheurs, en utilisant le logiciel NVivo9. Ils ont indépendamment codé des groupes de quatre transcriptions à la fois. Ils ont discuté des divergences et affiné les définitions du codage afin d'obtenir, pour tous les codes, un kappa de Cohen (mesure de l'accord sur le codage entre les chercheurs) acceptable (le kappa final est de 0,84).
- Les codes ont été appliqués seulement aux paragraphes entiers et chaque paragraphe représente les prises de paroles à tour de rôle par les différents participants.

Les différents codes sont :

- Incompréhension
- Vérification de la compréhension
- Questions
- Education à la santé
- Motivation (du patient à s'engager dans son programme de soin et à changer ses comportements)
- Valorisation
- Discours contenant de l'humour, des émotions, des informations sur la vie et la profession du patient.
- Discours concernant des sujets cliniques (pression artérielle, cholestérol, activité physique...)
- Discours du patient seulement
- Seulement pour les consultations en présence d'un interprète : Traduction de l'interprète modifiant le sens de ce que la personne avait dit, discussion entre le patient et l'interprète non traduite, traduction imprécise.

Analyse quantitative :

Utilisation du système SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) pour analyser les données des tableaux NVivo9 indiquant le nombre de mots codés. Et analyse supplémentaire par le système Wordsmith Tools, un logiciel développé pour la linguistique informatique et utilisé pour analyser les mots clés.

Population de l'étude (échantillonnage) + critères de sélection-exclusion : Les chercheurs ont proposé à 148 adultes allant en consultation de diabétologie dans le quartier de Tower Hamlets de participer à l'étude. 28% ne sont pas venus à leur rendez-vous, 46% ont accepté de participer à l'étude et ont rempli un formulaire dans lequel ils devaient renseigner leurs origines. Les patients ne parlant pas couramment anglais mais ne nécessitant pas d'interprète ont été exclus de l'étude.

Echantillonnage par grappe : un groupe composé de 24 patients parlant couramment l'anglais et un groupe de 12 patients ne parlant pas anglais et nécessitant un interprète.

Groupe contrôle : 24 patients jugés par les trois auteurs de l'étude comme parlant couramment anglais. Tous les patients, sauf un, ont comme langue maternelle l'anglais (18 personnes blanches, 3 personnes noires, 3 personnes asiatiques).

Groupe traitement : 12 patients nécessitant un interprète dont 10 originaires du Bangladesh, les deux autres patients sont un jordanien parlant arabe et un patient parlant ourdou (urdou) mais leur langue maternelle est le pachto.

Les consultations sont faites par 9 soignants différents, dont 7 infirmières et 2 assistantes médicales.

Type d'analyse : C'est une étude de méthode mixte :

- Descriptive qualitative : Observation et écoute des enregistrements audio.
- Quantitative : Mesure des mots codés.

Présentation des résultats :

Principaux résultats : La durée des consultations avec ou sans interprète était presque la même dans les deux groupes (33 minutes pour les consultations interprétées, 30 min pour les consultations en anglais). Les patients parlant couramment anglais ont prononcé 3,6 fois plus de mots que les patients ne parlant pas anglais.

Il n'y pas de différence significative entre les deux groupes par rapport aux malentendus et aux tentatives de clarification par les patients lors des consultations. Cependant, les patients parlant couramment anglais posent plus de questions et amènent plus de discussion sur l'éducation thérapeutique ou leur motivation à changer leur comportement et participer à l'amélioration de leur prise en soin et leur connaissance. A l'exception du travail, les patients parlant anglais ont plus utilisé l'humour, parlé de leur vie privée et fait part de leurs sentiments. Les patients parlant anglais ont d'avantage discuté des aspects cliniques liés au diabète. Les patients nécessitant un interprète ont moins discuté de leurs problèmes de santé autres que le diabète. Ils ont moins parlé de leur propre idée de comment fonctionne le corps humain, de la santé ou de la maladie et ont montré moins de participation dans l'évaluation ou l'information de leurs paramètres cliniques liés au diabète.

Les soignants amènent un dialogue avec plus d'humour et parlent de sentiments, de ressentis avec les patients parlant couramment anglais. Lors des consultations avec un interprète les discussions sur la « vie privée » du patient étaient moins abordées.

L'utilisation des pronoms personnels était différente pendant les consultations avec un interprète. La troisième personne est beaucoup plus utilisée lors des consultations traduites du au fait que la communication passe par l'interprète et non pas directement entre le patient et le soignant. Les soignants utilisaient le pronom personnel « il » la plupart du temps en disant « est-ce qu'il » et ils utilisaient le plus souvent devant le pronom personnel « lui » les verbes « voir-consulter, demander, donner, aider». Les patients aussi utilisaient plus souvent la troisième personne.

Certaines paroles des patients ou des soignants n'étaient pas traduites ou le sens des propos était modifié. 307 sur 920 (33,4%) des énonciations (paroles) dites par les patients lors des 12 consultations avec interprètes contiennent des passages non traduits par l'interprète. Et 674 sur 1644 (41%) des énonciations (paroles) des soignants contiennent des passages non traduits par l'interprète. Les interprètes parlaient souvent de sujets n'impliquant pas une tentative ou une traduction de ce qu'un autre interlocuteur avait dit (discours non traduits), 685/2057 (33.3%) des déclarations faites par les interprètes étaient de ce type.

Conclusion générale : Les consultations avec interprètes n'ont pas pris plus de temps que les consultations avec des patients parlant couramment anglais. Les patients en consultation avec un interprète ont moins parlé que les patients parlant anglais couramment, peut être

parce que l'interprète prend ce temps de parole. Cependant il n'y avait pas de différence significative dans les discours des infirmiers, ce qui amène à penser que le temps pris par l'interprète affecte plus les patients que les infirmiers. La diminution du temps de parole affecte plus certains sujets que d'autres. Les patients avec un interprète parlaient moins de leur propre idée sur le diabète et de sujets cliniques liés au diabète. Même si cela n'était pas vrai pour les soignants qui eux parlaient des sujets cliniques. Un certain nombre de différences ont reflété la distance sociale entre le patient et l'infirmier dû à la différence de langue. Par exemple, les consultations interprétées contenaient moins d'humour et moins de discussions autour de la vie privée des patients et de leur sentiment / ressenti. Le Worsmith montrant l'utilisation des pronoms personnels indique que les infirmiers ont rarement adressé la parole directement aux patients ne parlant pas anglais. En général, les patients avec un interprète ont posé moins de questions. Comparés aux patients parlant couramment anglais, les patients en consultations interprétées ont moins eu l'occasion de soulever des questions qui n'avaient pas de lien avec leur diabète et il est clair que les interprètes peuvent jouer un rôle. En effet les interprètes ont une grande latitude lors des consultations, ils s'engagent dans la conversation avec le patient ou le soignant, en décidant de ce qui lui paraît pertinent, en ne traduisant pas certains passages et en changeant la signification de certains passages.

Limites et éthique de l'étude

Limites :

- L'étude étant fait dans un milieu spécifique (soins primaires) et lors de consultations en diabétologie avec des infirmiers et des patients principalement originaires du Bangladesh. Ce n'est peut-être pas pertinent pour un autre milieu de soin, d'autres soignants (médecins) et d'autres populations.
- Les rendez-vous étaient programmés à l'avance avec la présence d'un interprète professionnel. Les résultats auraient sûrement été différents sans planification car l'interprétariat aurait pu être fait par un membre de la famille.

Ethique : L'étude a été approuvée par le « Surrey Borders Regional Ethics Committee » de Londres.

Démarche interprétative

Apports de l'article et pistes de réflexion : Même si cette étude se focalise sur des consultations de diabétologie, les auteurs pensent que beaucoup des challenges identifiés

sont similaires à toutes consultations interprétées. Des recommandations pour travailler avec des interprètes, si elles sont mises en pratique, pourraient surmonter certains défis relevés par cette étude, comme réduire la distance sociale lors des consultations avec un interprète et aider le patient à prendre part dans sa prise en soin. Ceci inclus par exemple des recommandations comme :

- Regarder le patient quand vous parlez et quand le patient parle à l'interprète.
- S'adresser directement au patient en utilisant le « vous » plutôt que de s'adresser à lui avec la troisième personne en passant pas l'interprète.
- De temps en temps, résumer ce que vous pensez que le patient dit, demandez de le traduire et que le patient confirme ou non.
- Séparer les phrases en petit « morceaux » pour que la traduction se fasse au fur et à mesure.
- Demander à l'interprète ce qui a été dit dans l'autre langue si un passage prolongé ne semble pas avoir été traduit.
- Ne pas engager une conversation avec l'interprète sans expliquer et traduire au patient de quoi il s'agit.

10.8. [Fiche de lecture article 8]

Migrants' perception of using interpreters in health care

Cadre général :

Auteurs : Hadziabdic, E., Heikkilä, B., Albin, B. & Hjelm, K.

Nom-Type de revue : Cet article a été publié dans une revue intitulée « International Nursing Review » qui est la revue officielle du Conseil international des infirmières. Un nouveau numéro est publié chaque trimestre.

Lieu de l'étude : L'étude a été menée en Suède.

Objet de l'article :

Objet de la recherche : Le but de cette recherche est de décrire comment les individus originaires de l'ex Yougoslavie et vivant en Suède perçoivent l'utilisation des interprètes dans les milieux de soins suédois. Dans cette étude, les interprètes comprennent les interprètes professionnels et informels (famille, amis, professionnels de la santé)

Méthodologie de la recherche :

Outils pour la récolte de données : Les données ont été récoltées de janvier 2006 à février 2007. Des entretiens semi-structurés ont été utilisés. Un guide d'entretien a été développé, basé sur la littérature et examiné par des pairs (par un chercheur expérimenté dans la communication transculturelle). Le guide d'entretien est focalisé sur les perceptions sur l'utilisation des interprètes dans les soins, les problèmes rencontrés et les améliorations relatives à l'utilisation des interprètes.

Exemple de question :

- Comment percevez-vous l'utilisation des interprètes ? Décrivez une situation positive et une négative lors de l'utilisation d'un interprète.

Deux entretiens pilotes ont été conduits, ce qui a permis des corrections mineures de langue et une modification de l'ordre des questions, mais ils ont été inclus dans l'étude.

Selon les souhaits des participants, seize entretiens se sont déroulés à leur domicile et un dans un bureau. Chaque entretien a duré environ une heure. Les entretiens étaient menés en serbo-croate par le premier auteur qui est bilingue. Il a ensuite traduit les entretiens en suédois et un traducteur professionnel les a vérifiés.

Population de l'étude (échantillonnage) + critères de sélection-exclusion : Les auteurs ont utilisé une méthode d'échantillonnage raisonnée (= intentionnel) incluant des individus ayant le serbo-croate (Bosniaque, Croate, Serbe) comme langue maternelle et qui ont utilisé un interprète plusieurs fois lors des 6 derniers mois dans différents lieux de soins en Suède. Les personnes parlant serbo-croate venant de l'ex Yougoslavie ont été choisis car ils constituent le second plus grand groupe de migrants vivant en Suède.

Les représentants de structure d'éducation pour des migrants adultes et d'associations pour les migrants d'ex Yougoslavie ont été contactés pour inviter des personnes de différents genre, âge, niveau d'éducation, et durée de résidence en Suède à participer à l'étude. Des informations verbales et écrites ont été données en Serbo-croate par le premier auteur.

L'étude inclut dix femmes et sept hommes âgés de 29 à 74 ans (moyenne d'âge : 55 ans). Tous ont un permis de séjour valide.

Pas de critères d'exclusion mentionnés.

Type d'analyse : C'est une étude descriptive avec une approche phénoménologique.

Présentation des résultats :

Principaux résultats :

Prérequis pour une bonne situation d'interprétariat :

- Etre dans une pièce isolée
- Interprète du même genre que le patient surtout lors d'examens physiques ou sensitifs.
- Une tenue vestimentaire non provoquante ou neutre inspire le respect, de bonnes compétences et une attitude professionnelle.
- Le niveau d'éducation, la connaissance de la terminologie médicale et l'expérience en interprétation et traduction des interprètes étaient importants. L'adaptation du langage de l'interprète améliorait la compréhension et la confiance des participants.
- L'interprète devrait être capable de faire une évaluation du niveau de compréhension du participant et de reconnaître de quelle région du pays il est originaire et s'il va être capable de le comprendre.

- La plupart des participants préfèrent des contacts en face à face avec l'interprète plutôt que par téléphone. L'interaction en face à face permet de voir la communication non verbale de l'interprète.
- Les participants préfèrent un interprétariat par téléphone lors d'examens physiques pour garder leur anonymat.
- Pour les visites imprévues, les participants n'avaient pas accès aux interprètes professionnels et devaient utiliser une personne de leur entourage.

Aspect de satisfaction ou d'insatisfaction :

1. Comportement de l'interprète

Les participants avaient un sentiment de sécurité selon le comportement de l'interprète. Ils se sont sentis confiants parce que l'interprétation se faisait littéralement, sans aucun jugement de valeur. Ils étaient satisfaits par un comportement respectueux, confidentiel et une attitude professionnelle et neutre envers eux. Ils ont exprimé de la satisfaction lorsqu'il y avait une bonne relation entre eux et l'interprète. Le fait d'être respectueux lors des examens physiques et surtout concernant les parties intimes du corps était également important pour eux.

Les participants étaient plus ouverts à parler de leurs problèmes s'ils se sentaient en confiance avec l'interprète. Celle-ci dépendait du langage corporel de l'interprète et de son apparence physique, notamment ses habits. Les caractéristiques contribuant au développement de cette confiance sont : l'empathie, inspirer de la sécurité, être gentil et donner une impression de sérénité.

2. L'interprète comme une aide à la communication

L'utilisation de l'interprète permettait la compréhension entre deux personnes ne parlant pas la même langue. Les participants ont perçu le langage corporel comme un élément de l'interprétation. La plupart des participants préféraient un interprète professionnel. Peu de participants ont voulu un membre de leur famille ou un membre bilingue de l'équipe soignante comme interprète. Cependant, la plupart des participants voient des avantages dans l'utilisation d'un membre de la famille comme interprète car ils offrent un soutien, ils connaissent leurs plaintes, ils leur font plus confiance et ils les aident pour des questions pratiques. Certains acceptent l'utilisation d'un membre du personnel soignant bilingue comme interprète car ils ont des connaissances médicales, ils peuvent les aider sur des questions pratiques, ils ont de bonnes capacités d'interprétation et offre une aide efficace et immédiate. L'utilisation d'un interprète professionnel accroît la possibilité de recevoir un traitement adéquat. Leur entraînement professionnel combiné à leurs compétences

linguistiques de grande qualité aide les participants à comprendre et être compris. Leur entraînement leur permet une meilleure qualité de communication.

3. L'interprète comme un aide pratique et un guide informatif

Les participants relèvent aussi que les interprètes jouent un rôle important pour les aider dans la compréhension du système de santé, à lire les enseignes et trouver leur chemin. Les interprètes les aident aussi en répondant à des questions pratiques comme lire les papiers de l'hôpital et contacter le personnel soignant.

4. Limitation des informations traduites par l'interprète

La plupart des participants étaient inquiets quant à savoir si l'interprète sera capable ou non de traduire correctement ce qu'ils disent. Ils n'étaient pas rassurés à propos de la confidentialité lorsqu'ils parlaient ouvertement de sujets sensibles en présence d'une troisième personne.

L'utilisation d'un interprète était perçue comme un handicap. Elle créait un sentiment de dépendance et diminuait l'intimité dans la relation de soin. La présence de l'interprète influençait négativement l'atmosphère et la relation lors des consultations. L'interprétariat se faisait le plus souvent par téléphone. Les participants n'étaient pas satisfaits de cette pratique car ils ne pouvaient pas voir le langage corporel de l'interprète mais aussi parce qu'il y avait des problèmes techniques et parce qu'ils ne pouvaient contrôler l'identité de l'interprète. Les participants se sont plaints du manque de continuité dans l'utilisation des interprètes. Si une personne était perçue comme un bon interprète ils voulaient la garder comme interprète car cela prend du temps de développer une relation de confiance avec quelqu'un. Lorsque les interprètes ne venaient pas au rendez-vous, les participants devaient annuler leur consultation et prendre un nouveau rendez-vous.

5. Interprétation inadéquate, manque de confiance en l'interprète et la confidentialité

Les participants ont perçu qu'ils avaient souvent un interprète professionnel qui ne parlait pas le bon dialecte, ce qui amène une communication inadéquate. Le pays d'origine ou la religion de l'interprète donne aux participants un doute sur la fiabilité de sa traduction. Parfois l'attitude de l'interprète était perçue comme hautaine et n'inspirait pas confiance. Les participants ont aussi affirmé qu'il était plus difficile de communiquer une émotion ou un sentiment par le biais d'un interprète.

Mesures pour faciliter et améliorer la situation de l'interprète :

L'incompréhension est parfois résolue en demandant à l'interprète de répéter jusqu'à être compris ou en demandant un autre interprète. Dans certain cas, la consultation a dû être annulée.

Les participants souhaitent que les professionnels de santé prévoient un interprète et que lors des consultations suivantes l'interprète soit le même, avec une préférence pour celui avec lequel le patient se sent le plus à l'aise.

La formation de l'interprète, que ce soit pour le langage en général et la terminologie médicale, est perçue comme un facteur favorisant l'amélioration de l'interprétariat. Une autre mesure est de développer, par le biais de professionnels de santé bilingue, une structure pour les personnes ne parlant pas suédois, vers laquelle elles peuvent se tourner lors de difficultés en lien avec le domaine médical (rendez vous, lecture de résultat, orientation entre les services).

Conclusion générale : Les participants ont surtout besoin des interprètes comme aide à la communication et pour les guider dans les systèmes de soins. Ils préfèrent les interprètes professionnels avec de bonnes compétences en communication et en langue et avoir des consultations en face à face avec l'interprète. Les répondants de l'étude disent que l'utilisation d'un interprète peut être un obstacle mais, qu'en même temps, ils sont dépendants d'eux pour avoir un contact avec le personnel soignant. La fiabilité de l'interprète était importante pour que la consultation se passe bien et cela dépendait de son caractère, son attitude, ses compétences en terminologie médicale et dans le langage parlé par la personne migrante, une attitude respectueuse, des vêtements neutres et le respect de la confidentialité.

Limites et éthique de l'étude :

Limites :

- La population choisie ne représente qu'un seul groupe de migrants de Suède.
- La langue traduite (serbo-croate) est la plus courante en Suède.

Ethique : Les participants ont donné leur consentement par écrit. Pour préserver la confidentialité des données des participants, les enregistrements audio et les transcriptions ont été rendus anonymes et codés grâce à des nombres. L'analyse et la présentation des données ont été faite de façon à ce que l'identité des participants soit dissimulée. Toutes les données collectées ont été stockées dans un espace verrouillé, accessible seulement par le chercheur principal.

Démarche interprétative :

Apports de l'article : L'article nous montre que le recours à l'interprétariat peut être vu comme un frein mais aussi comme nécessaire à l'établissement d'une communication avec les soignants. De plus, il nous montre que l'interprète est vu comme une aide à la communication, mais certains prérequis sont nécessaires pour mettre en confiance le patient. Ces prérequis sont primordiaux pour faciliter une communication de qualité et basée sur une relation de confiance, assurant la confidentialité.

Pistes de réflexion : Les interprètes, les infirmiers et les autres professionnels de santé ont besoin d'être entraînés à développer une attitude professionnelle permettant d'améliorer l'interprétation lors de la rencontre.

Les infirmiers doivent être attentifs à l'importance d'éviter d'utiliser des interprètes informels. L'interprétariat téléphonique ne devrait être utilisé qu'en accord avec le patient.

Les infirmiers doivent prévoir en avance l'utilisation d'un interprète et ce en accord avec les besoins et les souhaits du patient. Cela devrait faire partie intégrante de l'organisation des soins.

Il est nécessaire d'offrir un accès facile aux interprètes professionnels et de trouver un moyen de guider les soignants dans cette démarche.

Des soins de haute qualité ne peuvent être développés que si la communication limitée est empêchée. Ainsi, il serait possible de diminuer les risques d'incompréhension et d'éviter de retarder les soins. Cela est possible en offrant et utilisant des interprètes hautement qualifiés dans des situations où il existe une barrière de la langue.

10.9. [Fiche de lecture article 9]

Dimensions of Trust: The Tensions and Challenges in Provider–Interpreter Trust

Cadre général :

Auteurs : Elaine Hsieh, Hyejung Ju, and Haiying Kong

Nom-Type de revue : La revue dans laquelle a été publié cet article se nomme « Qualitative Health Research ». Elle publie un numéro par mois et a été créée en 1991. Son but est de développer les approches qualitatives dans le domaine des soins en santé. C'est un journal pluridisciplinaire, tous les articles sont revus par des pairs.

Lieu de l'étude : L'étude a été menée auprès d'interprètes de deux centres d'interprétariat et auprès de soignants d'un hôpital aux Etats-Unis.

Objectifs pratiques : Apporter un cadre, basé sur l'expérience et la confiance entre soignants et interprètes. Le modèle issu de cette recherche a pour vocation d'être utilisable dans toute situation de soin bilingue et pas seulement en présence d'interprètes professionnels.

Objet de l'article :

Objet de la recherche : Cette étude a pour but d'identifier différentes dimensions de la confiance entre soignant et interprète.

Question de recherche : Elle n'est pas nommée spécifiquement mais peut être déduite comme : dans un contexte d'interprétariat professionnel en présence : quels éléments menacent ou facilitent la relation de confiance entre soignant et interprète ?

Hypothèse de travail : Elle n'est pas nommée spécifiquement mais peut être déduite comme étant : le modèle de l'interprète comme un « canal de communication neutre » entre soignant et patient allophone n'est pas représentatif de la réalité et n'est pas utilisable par les soignants et les interprètes. Il faut, par conséquent, proposer un autre modèle. Cette étude propose un modèle centré sur le concept de confiance entre l'interprète et le soignant.

Principaux concepts : Communication, soins en santé, perspectives interprofessionnelles, opinion des soignants, bilinguisme dans les soins, confiance.

Méthodologie de la recherche :

Outils pour la récolte de données : Cet article a utilisé les données récoltées dans le cadre d'une étude plus large sur les rôles des interprètes dans les soins en santé. Les données incluses pour cet article sont des focus groupes, des entretiens avec des interprètes, des entretiens avec des soignants et des entretiens avec deux interprètes parlant des langues différentes. Cet article a combiné les données récoltées par deux chercheurs ayant travaillé indépendamment et accompagnés d'une équipe de recherche.

Avec les soignants : Huit focus groupes et sept entretiens individuels (durée : une heure à une heure et demi). Les questions ayant guidées les entretiens avec les soignants ont été élaborées afin d'examiner la perception des soignants, leurs attentes et leur évaluation du rôle et des pratiques des interprètes.

Avec les interprètes : Premièrement : observation participative à des consultations médicales bilingues. L'observation était orientée sur le déroulement et la préparation aux consultations. Deuxièmement : Quatorze entretiens individuels et six entretiens en présence de deux interprètes de langue différentes (durée : une heure à une heure et demi)

Population de l'étude (échantillonnage) + critères de sélection-exclusion : Cette étude cible deux populations : les interprètes dans les soins et les soignants travaillant avec des interprètes.

Les soignants : Trente-deux soignants recrutés au sein de quatre spécialités (obstétrique et gynécologie ; infirmiers ; santé mentale ; oncologie)

Les interprètes : Vingt-six interprètes (Dix-sept langues) recrutés, seuls des interprètes formés ont été sélectionnés parmi les interprètes de deux agences d'interprétariat.

Type d'analyse : C'est une étude qualitative qui fait partie d'une étude plus large sur le rôle des interprètes dans les soins.

Le plan est observationnel : Les données sont du verbatim qui a été retranscrit, codé et comparé. Le design a été élaboré par le premier auteur qui est un interprète professionnel dans les soins.

L'analyse des données a été réalisée selon une méthode d'analyse phénoménologique interprétative. Des séries de familles et sous-familles ont été mises en évidence. Dans un second temps ces données ont été exploitées pour identifier les éléments relevant de la

confiance dans la relation soignant-interprète et ce pour les soignants aussi bien que pour les interprètes.

Présentation des résultats :

Principaux résultats :

L'analyse des données a permis de dégager quatre dimensions pouvant faciliter ou compromettre la confiance entre soignants et interprètes :

1. Les compétences des interprètes :

Les soignants attendent des interprètes qu'ils soient fidèles et neutres dans leur traduction. Les soignants ont, pour la plupart, évoqué des compétences linguistiques et culturelles. Mais ils disent ne pas avoir les outils linguistiques pour pouvoir évaluer les compétences des interprètes.

Les interprètes, dans leur majorité, disent qu'une traduction littérale et exacte permet de rendre leur travail crédible.

Ici il s'agit d'une forme de confiance indirecte, qui passe par la confiance sociale. Les soignants font confiance dans le sérieux des institutions qui forment et embauchent les interprètes, ainsi que dans les compétences des interprètes car ils sont professionnels.

2. Des objectifs communs :

La confiance est améliorée lorsque les soignants et les interprètes ont des objectifs communs. Le principal objectif mentionné par les deux est : le soin au patient.

Les soignants considèrent les interprètes comme capables de juger et de participer à l'accomplissement des objectifs de l'équipe soignante. Ils trouvent acceptable et même souhaitable que les interprètes s'éloignent de leur rôle de « canal de communication neutre » lorsque cela permet d'atteindre les objectifs de l'équipe. Les soignants disent que les interprètes doivent se sentir libre d'interrompre ou d'adapter la traduction dans plusieurs cas de figures : pour demander des clarifications ou s'ils pensent que la prise en soin n'est pas culturellement appropriée ou qu'elle est compromise. De nombreux soignants pensent que les interprètes peuvent apporter un soutien émotionnel aux patients et qu'ils peuvent adapter la traduction pour la rendre culturellement acceptable.

Les soignants attendent des interprètes qu'ils identifient et répondent aux besoins de l'équipe de soins dans l'intérêt du patient. Les deux veulent « comprendre ce qu'il se passe » (p.175) et apporter les meilleurs soins.

3. Les limites professionnelles :

La description des limites du rôle des interprètes varie beaucoup selon les tâches, les spécialités cliniques, les connaissances et expériences des uns et des autres. Les éléments décrits dans cette partie ne peuvent donc pas être considérés comme relevant d'une vision commune sur les limites professionnelles.

Les soignants expriment qu'il est important que les interprètes ne dépassent pas leurs limites professionnelles et ne prennent pas le contrôle, le dessus sur les soignants. Ils ne doivent se substituer aux soignants. La confiance peut être compromise lorsque ces limites sont dépassées. Les limites entre ce qui est du domaine médical, social, culturel ou linguistique ne sont pas toujours évidentes.

Les interprètes peuvent perdre confiance dans les soignants si, par exemple, ils ont l'impression que le soignant ment au patient. A ce moment, il y a un risque qu'il dépasse les limites professionnelles et qu'il y ait un conflit.

Une autre question qui est ressortie est de savoir qui a la responsabilité du bon déroulement de la rencontre patient-soignant-interprète. Il n'y a pas de réponse unanime. C'est très dépendant de chaque situation et de chaque personne.

La notion de hiérarchie est aussi importante. Il est admis que c'est le soignant qui a une position hiérarchiquement supérieure à l'interprète. Mais puisque tous les dires passent par la voix de l'interprète, il peut être difficile pour le patient de savoir s'il a à faire à l'opinion du soignant ou à celle de l'interprète. C'est en tout cas ce que certains soignants peuvent craindre.

4. Des modèles de collaboration :

Soignants et interprètes sont d'accord pour dire que la confiance réciproque est améliorée lorsqu'ils établissent des modèles de collaboration. Pour les soignants comme pour les interprètes, voici les éléments favorisants la collaboration :

- Le fait d'anticiper leurs besoins respectifs en matière de communication
- Connaître et s'adapter au style de communication de chacun, se mettre d'accord sur un style de communication : par exemple, certains interprètes utilisent le « je », d'autres le « il ». Certains interprètes incitent le patient à s'adresser directement au soignant, évitent le contact visuel direct. Les soignants ont aussi leurs préférences.
- La familiarité des interprètes avec certaines procédures cliniques, selon les spécialités médicales.
- Dans un même service, avoir toujours les mêmes interprètes pour que soignants et interprètes puissent développer des modèles de collaboration satisfaisants et de qualité sur la durée.

Conclusion générale : Les visions des interprètes et des soignants convergent sur de nombreux points. La confiance est un élément déterminant pour une bonne collaboration. Les deux corps de métier ont des propositions pour l'améliorer et, de ce fait, améliorer la prise en soin des patients.

Particularité-originalité de l'étude : Cette étude introduit le concept de confiance dans la relation patient-soignant-interprète. Contrairement à d'autres études, elle n'est pas focalisée sur les rôles et les compétences des interprètes, ni sur l'intérêt de recourir à des interprètes ou non. Elle regroupe et compare la vision des interprètes et des soignants pour en faire ressortir les points de convergence. Elle donne de nombreuses pistes de réflexion pour améliorer la collaboration dans la relation en triade patient-soignant-interprète.

Limites et éthique de l'étude :

Limites :

- Population : La généralisabilité de l'étude peut être limitée du au fait que celle-ci a été menée dans seulement 2 centres d'interprètes auprès d'un petit nombre d'interprètes (26) et d'un petit nombre de soignants (32). Les critères d'inclusion et d'exclusion des participants ne sont pas suffisamment décrits. Seuls des interprètes professionnels ont été recrutés ce qui n'est pas représentatifs de la pratique.
- La méthode d'analyse des données n'est pas suffisamment décrite.
- Le concept de confiance n'est pas clairement défini.
- L'outcome est focalisé sur les données en lien avec la confiance
- Contrairement à ce qui est annoncé, l'article n'apporte pas de modèle utilisable dans la pratique.
- La vision des patients est absente

Ethique : Les chercheurs ont obtenu le consentement éclairé de la part de tous les interprètes et soignants ayant participé. Toutes les procédures de l'étude ont été approuvées par le comité de révision engagé. Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt.

Démarche interprétative

Apports de l'article : Implicitement, cet article est orienté par un souci des interprètes de faire mieux et de gagner la confiance des soignants. Même si ce n'est pas l'objet de cet article, à l'issu de cette lecture nous sommes amenés à penser que les interprètes

professionnels sont préférables aux interprètes informels. C'est en effet en gagnant la confiance des soignants que le recours à des interprètes professionnels augmentera.

Les nouveautés apportées par cet article sont, d'une part, qu'il y a des éléments qui dépendent de l'individualité des soignants et des interprètes : préférences dans le style de communication, rôles et limites de la relation de l'interprète auprès du patient. Sur ces points ils n'est peut-être pas utile d'établir des normes. D'autre part, cet article fait ressortir des éléments communs à tous : Le souhait d'anticiper, donc de préparer les rencontres et d'avoir des outils pour une meilleure collaboration ainsi que le désir d'avoir davantage de continuité afin qu'interprète et soignant se connaissent collaborent mieux dans l'intérêt du patient.

Pistes de réflexion : Si les interprètes ne sont pas vus comme une menace pour la relation soignant-soigné mais au contraire comme la meilleure forme de relation avec les patients allophones, quels outils donner aux uns et aux autres pour faire de ces rencontres un vrai moment de soin centré sur le patient ? Dans cette étude les interprètes et les soignants ne sont pas confrontés, les entretiens ont été menés séparément. Peut-être serait-il intéressant qu'ils se rencontrent en dehors des temps de travail en présence des patients. Une meilleure connaissance mutuelle pourrait donner des outils sur les attentes et difficultés des deux parties.