

Table des matières

Chapitre 1 : Introduction.....	1
Chapitre 2 : Problématique.....	5
2.1 Choix de la problématique	5
2.2 Ancrage disciplinaire : métaparadigmes et savoirs infirmiers.....	10
2.3 Revue exploratoire.....	20
2.4 Concepts retenus.....	32
2.5 Perspectives et propositions pour la pratique :.....	36
Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaire infirmier.....	39
3.1 Présentation des concepts	39
3.2 Développement du modèle de Purnell :.....	48
Chapitre 4 : Méthode.....	59
4.1 Détermination des mots-clés selon la méthodologie PICO(T)	59
4.2 Elaboration de la question de recherche	60
4.3 Critères de sélection des articles	60
4.4 Identification des descripteurs et sélection des articles.....	61
4.5 Description des stratégies de choix des articles.....	69
4.6 Analyse des articles selon la grille de Fortin (2010)	71
Chapitre 5 : Synthèse des résultats et discussion.....	72
5.1 Synthèse des résultats des articles.....	72
5.2 Discussion des résultats	82
5.3 Perspectives et propositions pour la pratique.....	90
Chapitre 6 : Conclusion	97
Chapitre 7 : Références	101
Chapitre 8 : Annexes	107

Remerciements

Nous souhaitons, par ces quelques lignes, adresser nos remerciements à toutes les personnes qui nous ont permis de mener à bien ce travail de Bachelor.

Nous remercions tout d'abord Mme Véronique Haberey Knuessi, notre directrice de travail pour ses conseils et ses remarques constructives tout au long de l'élaboration de ce travail de Bachelor. Nous la remercions du temps qu'elle nous a accordé et de son aide précieuse pour la réalisation de ce travail.

Nous adressons également nos remerciements à Mme Myriam Graber pour nous avoir prêté son travail de mémoire sur la thématique.

Finalement, nous souhaitons encore remercier Mme Katia Casillas qui a relu et corrigé notre travail.

Résumé

Actuellement, l'Europe est confrontée à un flux migratoire en constante augmentation, principalement lié aux conflits qui règnent dans le monde. Ceci a pour conséquence une diversification culturelle de la population dans les pays occidentaux. Ainsi, face à cette réalité qui se répercute inévitablement dans les soins, les infirmières s'y retrouveront largement confrontées et devront adopter des stratégies efficaces pour s'y adapter. De part ces observations, nous nous sommes intéressées, à travers ce travail de Bachelor, aux pratiques interculturelles qui visent à promouvoir une bonne qualité des prestations de soins. Grâce à nos expériences et nos recherches, nous avons pu identifier l'importance d'une communication efficiente dans la prise en soins des patients de culture différente. De ce fait, cette revue de littérature a pour objectif l'identification des compétences interculturelles en terme de communication qui permettront d'assurer une prise en charge optimale et de qualité auprès des migrants, entre autres des réfugiés. Notre démarche a été guidée par les concepts de réfugié, de compétences interculturelles en communication, de qualité des soins ainsi que par le modèle transculturel de Purnell.

Nous avons utilisé des mots-clés issus de notre question de recherche afin de trouver 15 articles sur les bases de données et de les analyser selon la grille de Fortin (2010). Les études retenues selon des critères spécifiques permettent d'apporter des pistes de réflexion à notre question de recherche.

Les études analysées mettent en évidence que le manque de compétences en communication interculturelle est un frein à des soins de qualité. Les résultats identifient des compétences infirmières spécifiques qui permettraient d'améliorer la communication interculturelle. Ainsi, le développement d'une sensibilité culturelle, la mobilisation d'interprètes, le développement d'aptitudes en communication verbale et non verbale ainsi que l'augmentation de l'empowerment du patient sont des compétences qui ont été validées par les auteurs dans le but de prodiguer des soins de qualité. Leur mise en œuvre à long terme dans les services hospitaliers dépendra de facteurs tels que l'engagement des institutions ainsi que la contribution des cantons et de la société de manière générale.

Ce travail nous a permis de récolter des informations concernant les stratégies influençant la relation soignant-soigné avec les personnes d'origine ethnique et culturelle différente. De plus, il nous a amenées à nous questionner profondément sur nos valeurs et nos perceptions culturelles. Ainsi, l'étude nous a permis de changer notre vision et notre conception du soin. Grâce à ce travail, nous sommes d'une part davantage sensibilisées aux stratégies culturelles à adopter mais également plus aptes à perpétuer cette philosophie de soin dans les différents services des institutions de soins.

Mots-clés : interculturalité, culture, communication interculturelle, migrants, réfugiés, soins de qualité, bien-être, soins infirmiers

Chapitre 1 : Introduction

Il serait prétentieux de penser que prodiguer des soins de qualité est une pratique évidente et acquise. En vue de la complexité des déterminants de la santé, des facteurs provoquant des pathologies et des expériences de maladie de chacun, il devient aujourd'hui indispensable de donner des soins adaptés pour avoir de meilleurs résultats dans la prise en charge des patients. Le soin n'est pas hermétique ni unique, il varie selon la personne, ses origines, ses croyances, son environnement ainsi que d'autres facteurs et doit ainsi sans cesse être renouvelé. Avec quel outil, en tant qu'infirmières, peut-on adapter nos pratiques de soins par rapport à la personne en face de nous ? La recherche semble en être la réponse car elle va nous permettre de développer des savoirs scientifiques utilisables dans nos pratiques, afin que nos soins demeurent les plus pertinents, efficaces et adaptés possible. En conséquence, nous allons pouvoir atteindre les buts visés par la discipline infirmière et procurer des bénéfices pour la santé des patients.

Au cours de ces dernières décennies, la recherche en soins infirmiers a évolué. Tout au long du 20^{ème} siècle, elle fut utilisée par de nombreux théoriciens à des fins d'élaboration de théories de soins. Ainsi, Virginia Henderson s'inspira de recherche en anthropologie et en soins infirmiers afin de développer son modèle des 14 besoins fondamentaux. Une autre théoricienne, Callista Roy, employa également la recherche dans l'élaboration de son modèle d'adaptation, qui aura beaucoup de succès dans les prises en

charge de différentes institutions de soins. Aujourd'hui, les recherches en sciences infirmières alimentent les prises de décisions infirmières dans la clinique, la formation et l'enseignement, en plus de servir à améliorer la qualité des soins. La recherche, durant ces années, a permis la reconnaissance de la profession infirmière et la concrétisation de son rôle propre. Enfin, les études en soins infirmiers étant devenues universitaires, de nombreuses ouvertures se sont créées : la possibilité d'effectuer un master et un doctorat dans la discipline.

Etant nous-mêmes étudiantes en bachelor soins infirmiers, nous sommes invitées à mener une recherche qui nous permettrait d'apporter de nouvelles pistes de réflexions à la pratique infirmière. Le travail s'élabore durant les deux dernières années de formation et se réalise par groupe de deux ou trois étudiants. La recherche consiste en une revue de la littérature sur une problématique choisie selon nos intérêts communs pour celle-ci. En employant les différentes bases de données, nous recherchons à l'aide de mots-clefs des articles traitant du sujet principal de notre travail. Les contenus des articles seront vigoureusement analysés pour pouvoir les comparer et en ressortir les éléments principaux. Afin d'élaborer notre travail de bachelor, nous nous sommes appuyées sur les différents cours donnés lors des séminaires « travail de bachelor ». Dans la première partie de notre travail, nous allons décrire la problématique choisie ; nous exposerons tout d'abord la manière dont est survenue notre question de départ et nos

motivations à la traiter. Par la suite, nous démontrerons en quoi cette question de départ est pertinente et utile dans le développement de la discipline infirmière, en faisant des liens entre elle et les quatre concepts du métaparadigme infirmier ainsi que les modes de savoirs infirmiers. A partir de là, nous allons préciser nos principaux concepts à l'aide d'une première revue exploratoire de la littérature, afin d'affiner notre question de départ. Dans la dernière partie de notre problématique, nous allons montrer en quoi celle-ci nous permettra d'amener des perspectives et des pistes de propositions pour la pratique. Il s'agira de faire la synthèse des éléments qui précèdent et également d'élaborer des projections concernant les apports de cette revue exploratoire dans la pratique professionnelle. En seconde partie, nous allons commencer par décrire les concepts retenus dans la problématique, puis sélectionner une théorie de soins adaptée à notre thématique. Nous décrirons ce modèle infirmier en le mettant en lien avec notre question de recherche, tout en justifiant pourquoi nous avons retenu cette théorie au détriment d'une autre. La suite du travail consiste à élaborer une revue de la littérature en sélectionnant une quinzaine d'articles traitant de notre sujet sur les bases de données. Nous pourrons ensuite lire consciencieusement ces articles afin de les analyser selon la grille de Fortin (2010). Ainsi, nous pourrons distinguer les similitudes et les différences entre nos articles, ce qui mènera au point suivant, la discussion des résultats. Les différents résultats obtenus par les études que nous avons choisi d'analyser nous amèneront à un questionnement professionnel sur notre sujet. C'est

dans cette partie que nous tenterons de trouver des réponses à notre question de recherche afin de conclure notre travail et d'amener de nouvelles pistes de réflexions dans notre future pratique infirmière.

Chapitre 2 : Problématique

L'objectif de ce chapitre est de présenter la problématique qui nous interpelle, en lien avec la thématique choisie dans le cadre de notre travail de bachelor. Elle aboutira à une question de recherche qui orientera la suite du travail. Nous allons, tout d'abord, présenter la manière dont est survenue la question de départ et nos motivations à la traiter, en démontrant sa pertinence en lien avec la discipline infirmière. Ensuite, nous réaliserons une revue exploratoire pour expliciter les thématiques centrales et en faire ressortir les principaux concepts.

2.1 Choix de la problématique

Dans le cadre de l'étude d'une problématique spécifique pour notre travail de Bachelor, nous avons choisi le sujet suivant ; « quelles sont les pratiques favorisant la bientraitance dans les soins ? ». Cette thématique nous a attirées de par le concept-clé qui la constitue : la bientraitance. Afin d'avoir une idée de ce qu'elle signifie, nous nous sommes inspirées des définitions proposées par Berthel (2006) et Moulias (2008) ; il s'agit d'une manière d'être visant à promouvoir le bien-être du patient par la prise en considération de ses besoins et de ses choix, dans une prise en charge lui témoignant respect et dignité. Pour cela, nous avons déduit, qu'en tant que futures infirmières et même dans nos parcours d'étudiantes HES, nous devons nous questionner sur la pertinence des soins que nous prodiguons.

De plus, cette attitude de bienveillance suggère que la réflexion d'une infirmière doit se porter sur la qualité du soin, mais également sur le fait d'être dans une dynamique d'apport de prestations de soins qui s'adaptent à un individu, à une famille ou à un groupe. Ainsi, en choisissant cette thématique de la bienveillance, nous imaginons développer des compétences dans notre perception multidimensionnelle du patient (prise en compte des aspects biopsychosociaux, culturels et spirituels) et dans notre pratique réflexive, compétence centrale de la discipline.

Toujours en lien avec ce concept de bienveillance, une situation nous a interpellées lors d'un stage effectué en psychiatrie pour adulte. Il s'agissait d'un patient d'origine syrienne arrivé en Suisse en tant que requérant d'asile suite à la guerre dans son pays. Hospitalisé pour un état de stress post traumatique probablement en lien avec la guerre, il parlait uniquement l'arabe et était analphabète. Face à cette situation, l'équipe soignante s'est sentie démunie et n'a pas réussi à trouver des outils de communication adéquats, ce qui a entravé la prise en charge de ce patient. Etant donné que l'étudiante parlait l'arabe, elle a pu évaluer l'état de santé mentale du patient ; il disait se sentir mis à l'écart par l'équipe, seul et peu considéré. Ses besoins et ses choix n'ont pas pu être compris ni respectés et les objectifs thérapeutiques mis en place n'ont pas pu être atteints. L'étudiante en question a senti l'impuissance de l'équipe et son incapacité à créer une alliance thérapeutique afin d'assurer une prise en charge optimale. Dans

cette situation, la langue n'était pas la seule barrière, car d'autres aspects culturels ont été négligés par les soignants. Par exemple, le patient n'avait pas la possibilité de s'isoler afin de faire sa prière. Par conséquent, le séjour hospitalier semble avoir été difficile à vivre pour lui. Cet exemple nous montre que le manque de stratégies efficaces pour communiquer entre soignant et migrant est un obstacle majeur à la qualité des soins prodigués. De plus, dans cet exemple, ces difficultés ont été rencontrées dans un service de psychiatrie, alors que ce domaine est communément connu pour avoir une certaine expertise en matière de communication.

Dans nos pays occidentaux, la migration de personnes venant d'autres pays ne cesse d'augmenter et donne ainsi naissance à de nouvelles configurations dans les paysages du soin, incluant largement les facteurs de multiculturalité. Avec la crise migratoire actuelle, engendrée par les différents conflits politiques et crises économiques dans le monde, ce phénomène migratoire s'accroît de jour en jour en Europe. Une des suites directes de cette migration est que la population s'est culturellement diversifiée. De cet état de fait et au vu de la multiculturalité déjà présente en Suisse, nous pensons pertinent et judicieux d'étudier la communication interculturelle entre infirmière et migrant lors d'hospitalisations. Lors de nos stages, nous avons toutes été confrontées à des populations de diverses origines, qui avaient des cultures différentes de la nôtre. Même en ayant eu des cours sur l'interculturalité en 2^{ème} année, nous nous sommes senties démunies lors de

ces situations et pas assez formées pour assurer des soins efficaces ; la communication au sens large du terme fut l'un de nos obstacles. Ainsi, nous souhaitons, à travers ce travail, identifier les barrières qui pourraient nous empêcher de « nous ouvrir » à l'autre pour « être avec » le patient, quelles que soient son origine et sa culture. Dans un deuxième temps, l'idée de ce travail est de développer des compétences communicationnelles face à des personnes de cultures différentes. Sans communication adéquate, une relation d'aide ne peut pas se créer. Un sentiment d'impuissance, des incompréhensions ou des tensions peuvent s'installer entre patients et infirmières, engendrant un manque de collaboration de la part des patients, de la tristesse, un repli sur soi, des comportements agressifs ainsi qu'une frustration du côté des soignants. Nous nous retrouvons difficilement dans la philosophie de la bientraitance lorsque ces malentendus arrivent. Parfois, il s'agit de patients qui parlent la même langue mais qui, de par leur culture, ne comprennent pas ce que nous essayons de leur communiquer. Il nous est difficile d'imaginer, en tant qu'infirmières, pouvoir prodiguer des soins à un individu en omettant sa culture sans porter atteinte à ce concept de bientraitance. En effet, certains migrants en situation de précarité et de vulnérabilité requièrent toute notre attention en plus des compétences spécifiques (Longerich, 2014). Les infirmières possèdent-elles des compétences dites « interculturelles » dans leur conception du soin et plus spécifiquement dans la communication ? Cette question nous intéresse directement et nous permet de prendre du recul en interrogeant nos propres

pratiques communicationnelles en situation d'interculturalité. Ainsi, à travers ce travail, nous aimerions apprendre à développer des compétences interculturelles en matière de communication, afin d'éviter de nous sentir frustrées ou inefficaces en tenant trop peu compte des aspects culturels. N'oublions pas que, dans une perspective de bienveillance, c'est de la responsabilité du soignant de se former pour communiquer avec le patient, quelle que soit sa problématique, et non au patient de s'adapter pour être compris. Dans cette idée, L'OFSP (Office fédéral de la santé publique) a lancé, dans son programme national intitulé « Migration et Santé », quatre axes prioritaires 2014-2017 (OFSP, 2013). L'un d'eux, en lien avec ce travail, constitue le renforcement des compétences transculturelles du personnel soignant, qu'il soit en formation ou même après celle-ci. En conséquence, ce travail constitue pour nous une opportunité idéale de développer des pistes de réflexion quant au savoir-faire, au savoir-être et aux connaissances à développer lorsque nous communiquons avec une population migrante. De ces différents constats est ainsi apparue notre question de départ : « Comment développer des compétences en communication interculturelle lors de prise en charge de patients migrants dans une perspective de bienveillance ? ».

2.2 Ancrage disciplinaire : métaparadigmes et savoirs infirmiers

Dans la seconde partie de la problématique, nous allons démontrer la pertinence pour la discipline infirmière de notre question de départ en établissant des liens entre celle-ci et les quatre concepts du métaparadigme infirmier ainsi que les modes de savoirs de la discipline. Tout d'abord, la discipline infirmière, telle qu'elle fut définie par Pépin et al. (2010), s'intéresse aux soins prodigués aux patients, aux familles et aux communautés qui sont en train de vivre des expériences de santé. Cette discipline concerne plus précisément les comportements des individus en interaction avec leur environnement dans les situations difficiles de leurs vies (Donaldson & Crowley, 1978). Afin de mieux délimiter les contours de la discipline, Fawcett (1984) a défini quatre concepts qui constituent le métaparadigme infirmier ; l'être humain, la santé, l'environnement et les soins infirmiers. Ainsi, la détermination de ces quatre concepts clés va nous permettre de cibler notre champ d'action. Nous allons approfondir ces quatre concepts et établir des liens concrets avec notre question de départ, qui, comme nous l'avons énoncé précédemment, concerne le développement d'une communication adéquate avec les populations migrantes rencontrées dans les milieux de soins.

Concept du métaparadigme « être humain » :

Cette première notion se caractérise par une conception du patient en tant qu'être humain. Il s'agit d'éviter de définir un patient par sa maladie et

de prendre conscience de la singularité de la prise en charge que nécessite chaque bénéficiaire de soins (Basford & Slevin, 2003). Le respect de l'autre, qui adhère au concept de bientraitance, est une valeur que prônent la plupart des soignants et qui apparaît au centre même de l'éthique de la profession. Selon Berthel (2006), la bientraitance est définie comme étant le fait d'apporter à chacun les soins qui lui conviennent le mieux et de personnaliser la prise en charge. Nous en déduisons qu'il existe une corrélation forte entre ce concept du métaparadigme et la bientraitance qui est la thématique principale de notre travail. Adapter la prise en charge au patient nécessite un recueil de données complet et une connaissance de son histoire de vie. Cependant, dans certaines situations de patients migrants, il est difficile d'imaginer la manière appropriée d'aborder la personne à cause de plusieurs facteurs, tels qu'une incompréhension à cause de la langue ou encore une mauvaise interprétation des attitudes du patient. A titre d'exemple, nous savons que dans certaines cultures le contact visuel entre deux personnes est nettement moins sollicité que dans d'autres. De ce fait, il est facilement compréhensible qu'avec de telles différences une mauvaise interprétation du non verbal du patient ou du soignant puisse affecter la prise en charge. Ainsi, dans une perspective interculturelle, il semble d'autant plus essentiel d'adapter les soins et surtout la communication au patient qui se trouve en face de nous. Une mauvaise compréhension dans la relation soignant-soigné va aboutir à des soins moins efficaces et à un sentiment de la part du patient de ne pas être considéré comme une personne humaine et

singulière. Pour conclure avec ce premier concept du métaparadigme, celui-ci est étroitement lié à la bientraitance de par le respect du patient et de sa singularité qui se trouvent au cœur-même des raisons qui nous ont poussées à retenir cette thématique.

Concept du métaparadigme « santé » :

La santé fut définie par l'OMS (1946) comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Ce concept se révèle multidimensionnel et propose une approche globale du patient, qui va nous permettre de nous intéresser à la fois aux aspects physiques, psychiques et sociaux. Cependant, encore au début du 19^{ème} siècle, la santé se définissait par l'absence de maladie et on soignait dans une approche positiviste-hygiéniste où on entreprenait l'action pour le patient plutôt que de l'accompagner. Il est regrettable de constater que, de nos jours, encore énormément d'institutions fonctionnent avec ce mode de pensée et ne sont pas suffisamment attentives aux problèmes psychiques et sociaux du patient. Ce phénomène est d'autant plus présent quand il s'agit de patients avec qui nous éprouvons des difficultés à entrer en relation, comme les personnes de cultures différentes. Ainsi, la personne immigrée pourrait se sentir rejetée et non considérée comme les autres patients, ce qui aura des répercussions sur son moral. Etre bientraitant avec une communication efficiente signifie justement prendre en compte tous les aspects de la santé (bio-psycho-social) et accompagner le

patient pour définir ses problèmes. Il est donc primordial, dans une vision de bien-être, de tenir compte du bien-être du patient au sens large et de tous les aspects qui peuvent nuire à sa santé.

Concept du métaparadigme « environnement » :

Ce concept du métaparadigme réunit tous les aspects de l'environnement physique ou social de l'individu. Dans un premier temps, prenons l'environnement physique qui représente l'espace dans lequel évolue le patient. En tant que soignant, nous avons la capacité d'agir sur cet environnement en améliorant la chambre du patient (décoration, luminosité...) et en rassemblant des objets convoités par le patient. A titre d'exemple, nous savons que dans certaines religions ou coutumes, l'espoir de guérison est placé en un objet clef qui aura une signification importante pour le patient (croix chrétienne, poupée vaudou...). Dans ces situations, la communication apparaît comme un aspect primordial dans la profession infirmière car elle va permettre de découvrir et d'intégrer les croyances du patient. Si le bénéficiaire de soins, pour favoriser sa guérison, garde un objet qui a beaucoup d'importance pour lui, nous devons connaître les sentiments du patient vis-à-vis de celui-ci afin de ne pas interférer dans ses émotions et croyances. En second lieu, l'environnement social qui constitue les relations humaines est un concept sur lequel nous pouvons également agir grâce à notre profession. Il se peut qu'un patient d'origine étrangère arrivé depuis peu de temps dans le pays hôte compte peu de relations sociales et a un

entourage plus restreint. Bien que cela reste une hypothèse, ce patient pourrait se sentir seul et abandonné. Notre rôle infirmier, dans cette situation, consistera à accompagner le patient et à lui apporter du soutien. En favorisant, par notre appui, l'environnement social de la personne, nous allons permettre un meilleur rétablissement de sa santé. De plus, un patient immigré habitant dans un pays étranger à celui où il a grandi va devoir s'habituer à une nouvelle façon de vivre et à de nouvelles normes sociales. De ce fait, il sera contraint de changer quelque peu son mode de vie et pourra se sentir perdu. En résumé, nous possédons les capacités d'agir sur l'environnement physique et social du patient d'origine étrangère à condition d'entrer en communication avec lui, de l'écouter et d'accepter ses croyances et ses coutumes.

Concept du métaparadigme « soins infirmiers » :

Il s'agit du métaparadigme de la compassion, l'action par laquelle les soignants aident les patients en soulageant leurs souffrances (Basford & Slevin, 2003). Mayerhoff (1970), a défini « s'occuper de l'autre » comme étant l'action d'aider une personne à grandir, sans lui imposer notre vision mais en l'incitant à considérer la sienne. Il s'agit donc, prioritairement, d'amener le patient à trouver des solutions pour soulager ses souffrances, plutôt que nous les lui apportions. Ce concept adhère à la notion de « caring », qui a inspiré un grand nombre de théories de soins (par exemple celles de Watson et de Swanson) et qui entraîne des effets positifs sur le

bien-être des patients et des soignants. La prise en charge privilégiant cette idée de « caring » tend à se développer et améliore la bientraitance dans les soins ; la considération pour le patient est amplifiée. Dans notre pratique professionnelle, il est primordial de laisser le patient devenir acteur de sa prise en charge. Même si, par exemple, la personne ne parle pas bien la langue, il va s'agir de trouver des solutions et de communiquer adéquatement avec elle pour arriver à une autonomisation maximale. Nous allons lui montrer qu'elle a des compétences et qu'elle sera considérée comme les autres patients autochtones. Les liens entre ce métaparadigme et notre thématique consistent à envisager la bientraitance comme une manière de prendre en charge les patients et de prodiguer les meilleurs soins possibles. Penser dans une vision bienveillante envers les migrants va amener de bonnes perspectives et avoir les outils adéquats (connaissances en matière d'interculturalité par exemple) pour pouvoir le faire est primordial. Les soignants choisissent d'exercer un métier proche de l'humain afin d'aider leurs semblables. Nous devons, de ce fait, nous donner les moyens d'y parvenir au mieux.

Dès lors, nous allons vous présenter les différents savoirs infirmiers en établissant des liens entre ceux-ci et notre thématique de travail de Bachelor. En premier lieu, de nombreux auteurs ont écrit sur la discipline en définissant ce qui constitue le savoir infirmier (Carper, 1978 ; Chinn & Kramer, 2008 ; Pepin, Ducharme & Kerouac, 2010). Ils ont identifié la complexité des

connaissances en soins infirmiers, car celles-ci doivent être intégrées dans la pratique. Dans cette discipline, les connaissances au sens large font appel aux compétences cliniques car elles contribuent à une meilleure qualité de soins. C'est pourquoi, il nous semble essentiel d'ancrer notre question de départ dans la discipline infirmière sur le plan des savoirs infirmiers, dans la mesure où ceux-ci nous permettraient d'adopter une vision réflexive dans une perspective pratique. Il est essentiel d'apporter notre point de vue critique, afin de comprendre les implications de notre question de départ sur plusieurs plans qui englobent l'ensemble de notre discipline. Les savoirs infirmiers se définissent comme un ensemble de connaissances, qui permettent une illustration réflexive et une justification des phénomènes de la pratique infirmière (Carper 1978). Carper (1978) a défini 4 modes de savoirs infirmiers : empirique, esthétique, éthique et personnel.

Savoir infirmier « empirique » :

Il représente la science des soins infirmiers et entraîne une vision empiriste. En d'autres termes, il s'agit de l'explication des phénomènes à travers des preuves issues d'hypothèses qui ont pu être confirmées. Ce savoir fait référence à toutes les connaissances théoriques mobilisées dans le but de décrire, prédire et expliquer des phénomènes de la pratique. Le savoir empirique requiert de la part de l'infirmière qu'elle fasse des liens entre les connaissances scientifiques et les observations cliniques vues en situation de soins. Ce travail réflexif suscite en nous un questionnement qui a engendré

la formation d'une hypothèse dans le cadre de ce travail de Bachelor. Nous nous appuyons sur l'hypothèse selon laquelle le développement des compétences interculturelles améliorerait la qualité des soins et permettrait des pratiques de bienveillance. La revue littéraire nous permettra de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse.

Savoir infirmier « esthétique » :

Le savoir esthétique englobe toute la dimension artistique du soin infirmier, comprenant l'attitude du soignant et les habiletés techniques. Il inspire une constante amélioration de la qualité des soins en s'exprimant au travers des dimensions du savoir, du savoir-être et du savoir-faire. Toutes les compétences relationnelles du soignant (techniques communicationnelles, écoute active, expressions du non-verbal...) s'inscrivent dans ce savoir et privilégient une communication adéquate. En lien avec notre thématique, nous cherchons constamment à améliorer notre communication et nos soins afin d'offrir une meilleure prise en charge à nos patients. Ce savoir se révèle d'autant plus important dans les relations de soins avec les personnes migrantes qui ne parlent pas la même langue, car une barrière communicationnelle persiste. Notre rôle, dans ces situations, est de trouver les outils nécessaires à la création d'une ouverture entre nous et le patient afin d'améliorer notre prise en charge. Effectivement, nous aimerions acquérir, grâce à ce travail, des compétences interculturelles qui nous permettraient de soigner les patients en leur offrant des soins

communicationnels adaptés et aidant tout en réalisant les soins techniques avec aisance.

Savoir infirmier « éthique » :

Cette composante correspond à la prise en compte des valeurs de chaque personne impliquée dans la prise en charge, en mobilisant les principes et les codes déontologiques de la discipline. Ce mode de savoir engendre un processus de réflexion qui requiert une prise en compte du respect de la vie humaine et des principes de bienfaisance. Dans le cadre de notre recherche, nous allons aborder cet aspect en nous focalisant sur l'importance de la compréhension de l'autre et de son vécu. Bien évidemment, pour justifier un choix éthique, nous allons solliciter nos valeurs morales personnelles qui se développent à travers nos expériences, notre éducation et notre personnalité. Cependant, l'éthique et la morale sont des concepts qui peuvent différer d'une culture à l'autre ; des pratiques jugées comme acceptables pour nous peuvent être perçues comme inacceptables pour une autre personne. Nous savons, à titre d'exemple, que chez les témoins de Jéhovah la transfusion sanguine est contraire aux valeurs de la religion. L'enjeu du savoir éthique, lorsqu'on se retrouve face à un patient de cette religion qui a besoin d'être transfusé, est la difficulté de choisir la meilleure décision possible.

Savoir infirmier « personnel » :

Il incite au développement de sa propre spiritualité et de sa connaissance de soi pour tendre vers une réflexion profonde qui va permettre de faire émerger la signification que l'on a de la vie. L'amélioration de la connaissance de soi engendre une ouverture à l'autre, qui contribue à une compréhension sensible de ses expériences de vie, parfois difficiles. Ce savoir implique une subjectivité dans les soins, ce qui favorise une relation authentique et un engagement profond dans les interactions. Son développement nous facilitera le processus de rencontre avec les patients migrants et nous aidera à leur apporter des prestations de soins plus complètes, ce qui nous permettra de jouir d'un épanouissement personnel. Ce mode de savoir sera développé et façonné tout au long de ce travail, car nous allons nous questionner sur notre propre manière d'interagir avec les patients migrants que nous sommes amenées à rencontrer.

Savoir infirmier « sociopolitique » :

En s'inspirant des travaux de Carper (1978), White (1995) ajoute un cinquième mode de savoir nommé le savoir sociopolitique ; celui-ci correspond à la dimension sociale et culturelle dans lequel le patient vit. Il implique la prise en considération de l'environnement et de la conception que le patient a de la maladie, de la santé et des rôles sociaux. L'influence de la culture sur les expériences de santé des personnes est un des aspects qui nous intéresse particulièrement dans l'approche des personnes migrantes,

car ces derniers se retrouvent souvent dans des situations de vulnérabilité. En nous intéressant à leurs ressources sociales, nous établirons une relation de soin offrant des prestations individualisées à chacun. Dans le cadre de notre recherche, l'utilisation de ce savoir se traduit par la prise en compte des intérêts d'autrui et ceci passe par l'identification des difficultés des personnes notamment en matière de communication et de vulnérabilité sociale et financière.

2.3 Revue exploratoire

La revue exploratoire de littérature va permettre d'affiner le sujet de notre recherche en l'explicitant de manière précise afin de mieux cerner la problématique de ce travail. En nous appuyant sur cette revue littéraire, nous allons tout d'abord approfondir la notion de bienveillance en y exposant ses principaux fondements et comment elle peut permettre de prodiguer des soins de qualité. Par la suite, nous développerons le concept de la communication, ainsi que son importance dans la discipline infirmière, principalement en situation d'interculturalité. Ensuite, nous aborderons les difficultés communicationnelles qu'éprouvent les soignants vis-à-vis des migrants et les répercussions d'un manque de compétence en communication interculturelle dans les soins.

La bientraitance dans les soins de manière plus concrète :

Adopter une pratique de bientraitance ne signifie pas simplement éviter la maltraitance mais va bien au-delà. La bientraitance centre la relation sur l'individu et ses besoins, en le laissant acteur de sa prise en charge (ANESM, 2012). Elle engendre des actions individuelles et collectives qui vont permettre de répondre aux besoins en restant attentif au confort des individus. De plus, elle nécessite une implication et un engagement personnel et collectif durable pour pouvoir prodiguer des soins authentiques et congruents. De manière plus concrète, le concept de bientraitance possède trois principes fondamentaux à prendre en considération (ANESM, 2012). Le premier promeut le respect de la singularité, de la dignité et de l'autonomie du patient en prenant en compte son histoire de vie. Le deuxième invite au professionnalisme dans la profession d'infirmière et au développement des capacités de pratique réflexive. Le troisième principe s'inscrit dans la capacité d'adapter sa prise en charge à la personne en prenant en compte ses besoins spécifiques (ANESM, 2012). Au-delà de ces fondements, nous pouvons affirmer que la conscience d'une responsabilité personnelle et collective, le respect du code déontologique et l'acquisition des compétences professionnelles de bases sont des préalables à la pratique de bientraitance en tant qu'infirmière. Rappelons-nous que la bientraitance est une vision positive du soin car elle va permettre que le soignant se sente tout autant valorisé dans son soin que le patient lui-même (Schmitt, 2014).

Autour de ce concept de bientraitance se trouvent d'autres concepts-clés qu'il convient d'expliquer. Parmi eux, nous pouvons citer la bienfaisance et la bienveillance. La bienfaisance est une réflexion sur la protection de l'être humain, c'est-à-dire, « faire le bien », alors que la bienveillance est plutôt une intention professionnelle positive ou autrement dit, « vouloir le bien » (ANESM, 2012). La bientraitance regroupe les deux termes à la fois et se définit au-delà de cela.

En somme, la bientraitance signifie donner un soin mais sans s'y restreindre. En prodiguant des soins équitables et sécuritaires, nous entrons dans la philosophie de la bientraitance et nous optimisons ainsi notre prise en charge. En plus de cela, adopter une telle manière de penser dans sa pratique permettra d'éviter tout ce qui est maltraitance physique, psychique ou morale (Longerich, 2014). Comme la bientraitance le suggère, les soins devraient être adaptés à la personne car nous avons, en tant qu'infirmières, le devoir de respecter les singularités, les rythmes et les parcours de vie de chacun.

La communication dans les soins et les enjeux d'une communication interculturelle :

Plusieurs auteurs ont défini la communication ; « la communication est un système de comportement qui régleme les interactions entre deux personnes » (Andrews & Boyle, 2003). Elle est semblable à une relation qui se crée entre plusieurs individus à partir d'une communication verbale

(mots, parole) ou d'une communication non verbale (gestes, expressions, positions, vêtements...), qui comportent chacune des significations spécifiques. Tout comportement en interaction avec un individu, qu'il soit verbal ou non verbal, est communication (Potter & al., 2012). Dans le monde des soins, il est indispensable d'acquérir des compétences communicationnelles, car elles permettent avant tout d'entrer en contact avec l'individu. Cette communication mène à la relation d'aide, crée l'alliance thérapeutique et est un véritable instrument de soins. Sans elle, nous ne pourrions pas ou très difficilement faire notre travail d'infirmière : faire une anamnèse complète, rassurer ou soutenir un patient, évaluer la douleur, donner des explications quant à la pathologie et au traitement du patient ou encore faire de l'éducation thérapeutique. En l'absence d'une communication appropriée, la relation soignant-soigné ne peut se faire convenablement et l'action thérapeutique demeure inefficace (Gajo & al., 2001).

En outre, il paraît primordial de préciser que beaucoup de facteurs influencent la manière dont le message est envoyé et celle dont il sera perçu par une personne. La santé physique, le bien-être émotionnel, les techniques de communication, l'expérience passée qui ressemble à la situation présente, la tendance personnelle à porter des jugements sur autrui sont quelques exemples de facteurs qui influencent l'échange de messages entre deux individus (Longerich, 2014). La manière de communiquer paraît donc fondamentale, car elle permet d'éviter les interprétations erronées et les

malentendus, ces problématiques étant encore plus importantes lors de situations interculturelles (Longerich, 2014). La communication permet également de traduire des comportements humains qui ne devraient en aucun cas être négligés car ils peuvent être perçus et interprétés très différemment d'une culture à une autre. Un hochement de tête signifierait pour une infirmière suisse que la personne a compris le message qu'on lui a transmis, or, un Vietnamien peut ne pas avoir compris et hocher la tête simplement pour lui signifier son respect. L'infirmière pourrait ensuite être surprise d'apprendre que cet individu n'a absolument pas compris ce qu'elle a voulu exprimer.

La communication interculturelle, concept central de notre travail de bachelor, se définit comme étant une communication entre des individus de cultures différentes qui interagit avec d'autres variables identitaires comme la religion, le sexe et l'âge (Cohen-Emerique, 1993). Le concept-clé « d'interculturalité » concerne tout les processus d'interaction entre individus et groupes d'individus mais désigne aussi tous « changements socio-psychologiques qui se mettent en place dans les situations d'acculturation » (Cohen-Emerique, 1993). De ce fait, l'interculturalité se situe entre le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Les liens entre les individus priment sur la culture : le respect, la reconnaissance et la compréhension entrent dans la conception de l'interculturalité et permettent une mutuelle co-construction des différents sens de la vie. Puis, dans la communication interculturelle qui

nous intéresse ici, des chercheurs américains ont désigné quatre degrés de compétences interculturelles, dont font partie les compétences générales de communication et les compétences générales de communication interculturelle (Rogers & Steinfatt, 1999). Il ressort de cet ouvrage qu'il y a plusieurs compétences culturelles en communication que nous devons utiliser dans la situation interculturelle en tant que soignant. Le 1^{er} degré de compétence est la conscience culturelle, autrement dit la conscience de sa propre culture. Le deuxième demeure dans la conscience des différences culturelles liées à l'expérience vécue ; cela nécessite une décentration par rapport à sa propre culture. Le troisième degré de compétence est la conscience interculturelle qui permet de se rendre compte des difficultés relationnelles que nous pouvons rencontrer. Le dernier réside dans le fait de diminuer l'ethnocentrisme, qui est la tendance à se référer à nos valeurs à chaque fois que nous analysons une situation interculturelle, en écartant les différences pour ne pas porter atteinte à notre propre culture sous prétexte que notre culture est la plus juste (Rogers & Steinfatt, 1999). Ces différents points permettent surtout de prendre conscience de la difficulté relationnelle qu'engendre un manque de prise de distance par rapport à sa propre culture dans les soins. Ainsi, un soignant devrait, pour prodiguer des soins issus de compétences interculturelles valides, être conscient de la différence entre sa propre culture et celle du patient. Un soignant ne devrait pas, par exemple, projeter ses propres valeurs sur le patient, car il ne pourra pas s'ouvrir à la

réalité de l'autre et il interférera donc de manière inadéquate dans sa prise en charge (Thiederman, 1986).

Evidemment, nous pourrions supposer que régler le souci de la barrière de la langue résoudra le problème, mais la question ne réside pas seulement dans le langage, étant donné le large spectre des manières de communiquer, surtout en situation d'interculturalité. Les mots, qui servent d'outils pour traduire nos idées, représentations et sentiments, peuvent parfois voir leur sens se modifier, principalement à cause de l'histoire de vie de la personne, ses expériences passées et l'interprétation qu'elle en fait (Gajo & al., 2001). Par conséquent, des difficultés subsistent alors que l'émetteur du message semble parler la même langue que le receveur. Cette difficulté s'accroît dans la situation où les deux parties ne parlent pas le même langage verbal. Avoir recours à un membre de la famille ou un interprète n'est pas totalement sans conséquences car personne ne connaît les réels besoins de la personne à part elle-même (Gajo & al., 2001). De plus, il peut y avoir une perte de message non négligeable dans l'interprétation, étant donné que le traducteur n'est pas forcément formé à décoder ces messages ou ne perçoit peut-être pas certaines finesses de la culture de la personne (Gajo & al., 2001). En effet, les informations peuvent être déformées, négligées ou mal interprétées en raison d'un manque de formation adéquate du traducteur, de ses propres croyances ou de trop grandes affinités entre celui-ci et l'individu. Parfois, un filtre peut s'opérer lors de traductions entre membres de la famille à cause

d'enjeux multiples ; cela peut être dans le but de maintenir la maîtrise de la famille (Gajo & al., 2001). En plus de cela, une certaine pudeur, une traduction partielle ainsi qu'un manque de neutralité et de disponibilité peuvent s'opérer lors de traductions par un membre de la famille.

Tous ces enjeux d'une communication interculturelle entrent dans le cadre des fondements-clés de la bientraitance. En adoptant des outils de communication adaptés à la culture du patient, nous respectons la singularité, la dignité, la capacité d'autodétermination et l'histoire de vie du patient, qui font partie des principes fondamentaux de la pratique de bientraitance (ANESM, 2012). L'infirmière doit veiller, également dans l'idée de bientraitance, à ce que l'individu de culture différente ne perde pas son identité culturelle. Elle devra plutôt être dans une stratégie d'intégration, où les deux individus conservent leur identité culturelle tout en établissant des relations avec des personnes d'autres groupes (Newman Giger & Davidhizar, 1998). Par conséquent, les soins infirmiers devraient répondre à certaines règles professionnelles ou morales, comme l'objectif de maintenir l'autonomie du patient (qui, avec une communication problématique, devient difficilement réalisable) ou de respecter les droits fondamentaux de tout individu. Lorsque ces obligations infirmières ne sont pas respectées, les conséquences peuvent être graves, que ce soit pour l'institution, le patient, ou le personnel. Pour illustrer ce propos, la guérison partielle, l'atteinte à la santé mentale, l'erreur de traitement ou de diagnostic, l'atteinte des

motivations du personnel et les pertes financières de l'institution peuvent être des répercussions d'une mauvaise qualité des soins (Graber, 2002 cite Mader). Ainsi, selon Tison (2007), le corps infirmier devrait avoir certaines compétences interculturelles en plus de maîtriser les techniques de communication de base. En effet, il est du devoir de l'infirmière de mettre à jour ses compétences pour éviter de soigner une personne de manière insuffisante, inefficace ou dommageable.

Les difficultés communicationnelles envers les migrants et les répercussions dans les soins :

Pour donner une définition générale de la migration, nous nous sommes inspirées de la définition donnée par le dictionnaire « Larousse » : « Déplacement volontaire d'individus ou de populations d'un pays dans un autre ou d'une région dans une autre, pour des raisons économiques, politiques ou culturelles ». La migration signifie donc que des personnes se déplacent de leur propre pays à un autre pour diverses raisons. Ce déplacement est plus ou moins massif et varie selon la cause pour laquelle il survient. Si on analyse l'historique migratoire en Suisse, la population résidente permanente étrangère est sans cesse en augmentation. En 2016, près d'une personne sur quatre est issue de la migration (24.7%), quelle que soit l'origine du pays et la cause de l'immigration. Nous pouvons tout d'abord citer les populations venant d'Italie, d'Espagne et du Portugal entre les années 1960 et le milieu des années 1970, ainsi que d'Allemagne et de

France tout au long de ces années (OFS, 2016). Certains sont venus vivre en Suisse de manière permanente, d'autres pour y travailler temporairement. De nouvelles vagues d'immigrations ont eu lieu dès 1990, principalement engendrées par des causes économiques, politiques ou conflictuelles, comme par exemple, l'éclatement de l'ex-Yougoslavie qui généra des crises diverses et des guerres. Somme toute, l'immigration en Suisse provient plus spécifiquement de l'Italie, de l'Allemagne, du Portugal, de la France, du Kosovo, d'Espagne, de Serbie, de pays d'Afrique, parfois du continent asiatique ou d'autres pays européens non précisés par l'Office Fédéral de la Statistique. La Suisse est l'un des pays européens ayant les taux les plus élevés de population étrangère. A la fin du 2^{ème} trimestre en 2016, les étrangers s'élèvent en Suisse à 2'066'758 sur une population totale de 8'364'123 habitants (OFS, 2016).

Actuellement en Europe, comme en Suisse, une immigration bondissante se produit, principalement causée par les conflits relativement chroniques et complexes dans certains pays comme la Syrie, l'Irak, l'Afghanistan et certains pays africains. Selon un rapport d'Eurostat datant de mars 2016, 1'255'600 demandes d'asile de protection internationale ont été déposées dans les pays membres de l'Union Européenne, surtout par des populations venant de Syrie, d'Afghanistan et d'Irak (Eurostat, 2016). Parmi celles-ci, le plus grand nombre de demandes d'asile se retrouve, de loin, en Allemagne (441'800 demandes), puis suivit par la Hongrie (174'000 demandes), la Suède

(156'100 demandes) et l'Autriche (85'000). Il convient de savoir que le nombre de demandes d'asile en Suisse se montait à 23'800 en 2014 (OFS, 2014). En 2016, 66'776 personnes étaient dans le processus de demande d'asile en Suisse (OFS, 2016).

Ces changements dans la population suisse se reflètent dans les soins, amenant les infirmières à être de plus en plus confrontées à des situations complexes. Une étude menée aux HUG (Hôpitaux universitaires de Genève) en 2014 nous montre que 51% de leurs patients sont originaires de 180 pays différents. 51% des employés des HUG sont également représentés par 88 nationalités différentes. De plus, comme certaines de ces populations migrantes sont récemment arrivées sur le sol européen, elles ont subi des pertes de leur statut social, familial et professionnel non négligeables (Graber, 2002). La probable vulnérabilité sociale de ces populations exposées à certaines vulnérabilités sociales, économiques et culturelles devrait attirer l'attention des infirmières. La communication paraît donc une fois de plus fondamentale dans les soins. En tant qu'infirmière, lorsque je souhaite soutenir une personne migrante à l'annonce d'un diagnostic par exemple, sans réellement avoir une sensibilité à sa culture et en manquant de compétences interculturelles, un malentendu peut vite se créer. Celui-ci aura une conséquence directe sur la relation que je veux créer avec le patient. Lorsqu'une relation de soins est perturbée, quelle que soit la raison, elle ne va pas faciliter l'atteinte des objectifs de soins. En fait, la relation ainsi

conçue ne va même pas permettre l'élaboration partagée de ceux-ci. De plus, une infirmière ne peut pas établir des objectifs de soins pour diverses raisons ; soit parce qu'il lui manque des informations qu'elle n'a pas pu récolter en raison d'un recueil de données inadapté, soit parce que ces informations sont erronées, les deux problématiques découlant d'un manque de compétence en communication interculturelle ou pour d'autres raisons que nous n'étudierons pas dans notre travail. Suite à cela, elle ne pourra pas élaborer des objectifs adaptés et le patient ne les atteindra probablement pas en raison d'un écart entre les besoins réels ressentis et les besoins perçus par l'infirmière. Des objectifs thérapeutiques ne pouvant ainsi pas être atteints par manque d'adaptation à la situation de la personne, nous ne pouvons prétendre que les soins prodigués seront efficaces ou en tout cas, adaptés à la situation personnelle du patient. Une appréciation incomplète de la santé d'un individu peut être dangereuse pour lui. En conséquence, nous pouvons imaginer que l'indifférence ou l'insensibilité d'un soignant à la culture d'un patient ne permettra pas de se retrouver dans une approche qui s'inspire de la bienveillance.

Comme relevé plus tôt, la communication interagit avec d'autres variables identitaires du patient, surtout en situation d'interculturalité. Les interactions entre patient et soignant sont fortement influencées. La religion, le sexe, la profession, l'appartenance idéologique, les caractéristiques identitaires et la personnalité du soignant et du patient peuvent modifier les significations de

la communication verbale ou de la communication non verbale, comme une expression, un geste ou une mimique. Les significations n'étant pas les mêmes d'une culture à l'autre, des incompréhensions peuvent subsister mais également des divergences en matière d'interprétation, engendrant un mécontentement d'une ou des deux parties en interaction.

Pour conclure, une étude prouve l'existence d'un lien entre la qualité de la communication soignant-soigné et les résultats thérapeutiques. En effet, avec une communication soignant-soigné optimale, l'anxiété et la douleur sont apaisées (Kaplan & al., 2001). La personne soignée pourra, en étant comprise, exprimer ses inquiétudes à l'infirmière, qui saura, de par ses compétences en communication interculturelle, assurer des soins efficaces, par exemple en la rassurant avec différentes techniques de communication (reflet simple, reflet des émotions, révélation de soi...), mais surtout en adaptant culturellement son langage vis-à-vis du patient. Toutes ces choses qui peuvent paraître insignifiantes, ont toute leur raison d'être si nous souhaitons être bien traitants (Kaplan & al., 2001).

2.4 Concepts retenus

Dans cette quatrième partie, nous allons aborder les différents concepts présentés dans la problématique de manière plus concrète. Nous allons également définir certains sous-concepts qui s'apparentent à nos concepts principaux.

La migration :

La migration, comme nous l'avons définie dans la revue exploratoire, est un concept général qui regroupe deux autres termes adjacents ; l'émigration et l'immigration. En premier lieu, l'émigration correspond à l'action de quitter son pays pour des raisons économiques, politiques ou religieuses. Au contraire, l'immigration est l'action de venir s'installer dans un pays étranger. Le déplacement de populations a souvent pour objectif une amélioration de la qualité de vie. Ce phénomène peut être plus au moins volontaire ; certaines personnes sont contraintes à quitter leurs pays afin de fuir la guerre, la torture ou la persécution. La plupart des migrants, en particulier les réfugiés de guerre, éprouvent des difficultés à s'intégrer dans le nouveau pays car ils ne connaissent pas forcément la langue ni les coutumes.

L'Interculturalité :

L'interculturalité se définit par la reconnaissance et l'acceptation de l'autre dans sa différence de culture, de valeurs, de codes et de significations de la vie dans une perspective d'échange et de partage (Cohen-Emerique, 1993). Cette forme de dialogue a comme but une ouverture d'esprit et un développement du vivre-ensemble qui amène à la notion d'acculturation correspondant à la démarche d'adaptation à une autre culture que la sienne (Courbot, 1999). Afin de comprendre au mieux cette notion d'interculturalité, il convient de la différencier de deux autres termes voisins ; la multiculturalité et la transculturalité. La multiculturalité se traduit par une

coexistence de différentes cultures dans une même société ou dans un même pays. D'un autre côté, la transculturalité provient du terme « transculturation », concept qui fut inventé par un anthropologue et ethnologue cubain, Fernando Ortiz Fernández. De part son préfixe « trans », cette notion suggère une idée d'acceptation à la transformation (Yuste Frias, 2010). Au vu de cette définition, nous comprenons cette notion comme étant l'accommodation à une autre culture et qui dépasse le concept d'interculturalité. En effet, les termes définis ci-dessus sont étymologiquement très proches et contiennent le mot « culture » qui a été défini par l'UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) en 1982 comme étant « l'ensemble des traits distinctifs, spirituels, matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société ou un groupe social » (UNESCO, 1982).

La bientraitance :

La bientraitance est une manière d'être visant à promouvoir le bien-être par l'évaluation des besoins dans une prise en charge empreinte de respect (ANESM, 2012). Bien que le concept aille bien au-delà de la non-maltraitance, nous voulons tout de même définir ce qu'est la maltraitance et en décrire les principales formes. En premier lieu, la maltraitance est un acte ou un comportement qui va nuire au bien-être, à l'épanouissement ou au développement d'une personne. Il existe 4 formes de maltraitance ; la maltraitance physique, la maltraitance psychologique, les abus sexuels et les

négligences. En lien avec notre travail, nous souhaitons relever que, dans certaines situations, une non-considération d'un patient à cause d'une barrière linguistique par exemple, pourrait être une forme de maltraitance par négligence.

La communication :

Pour définir la communication, il s'agit d'un système de comportement qui régleme les interactions entre deux personnes (Andrews & Boyle, 2003). La communication est comme une relation qui se crée entre plusieurs individus, composée d'une dimension verbale et d'une dimension non verbale qui ont chacune des significations différentes et qui varient d'une culture à l'autre. Tout d'abord, la communication verbale représente les messages verbaux transmis au moyen des mots utilisés. Au contraire, la communication non verbale ne s'intéresse pas au contenu du message, mais à la manière dont celui-ci est transmis. Elle regroupe le ton de la voix, l'expression du visage, la gestuelle, le toucher, le langage corporelle et la position. Des recherches sur ce sujet ont montré que 55% de notre message est transmis par le langage corporel, 38% par le ton de la voix et seulement 7% par les mots utilisés (Mehrabian, 2007). Dans le monde des soins, la communication non verbale est primordiale et va influencer la prise en charge d'un patient surtout en situation d'interculturalité où la communication verbale peu être compromise.

2.5 Perspectives et propositions pour la pratique :

Pour conclure la partie problématique de notre travail, nous allons indiquer en quoi celle-ci amènera des perspectives pour la pratique. La multiculturalité est un phénomène en constante expansion, principalement en Suisse qui est un pays qui accueille des populations d'origines et de cultures diverses. Par conséquent, les établissements de santé reçoivent actuellement de plus en plus de personnes migrantes. Face à ce défi de santé publique qu'engendre cette diversité culturelle, développer des compétences communicationnelles paraît judicieux et approprié. Cela permettrait de développer une sensibilité accrue face aux situations culturelles actuelles ou face aux diverses pratiques religieuses par exemple. En effet, tolérer et intégrer dans la prise en charge les différentes croyances de chacun est un signe de respect envers le patient. Dans notre approche de l'autre, en tant que soignant, il est important de prendre en compte toutes les dimensions qui englobent le patient et forment son identité, y compris la dimension culturelle. Avec une communication adaptée à la personne et à sa culture, nous tentons de mettre en œuvre une alliance thérapeutique fondée sur l'humanité.

Pendant notre formation de base en soins infirmiers, nous abordons la thématique d'interculturalité sous forme de cours et d'analyse de situations concrètes. Ces derniers nous ont permis de développer une certaine sensibilité à des patients ayant une culture différente. Cependant, lors de nos

stages, nous ne nous sommes pas senties complètement aptes à prendre en charge ce type de patient. Nous avons également remarqué que les équipes soignantes, malgré de nombreux efforts et souvent beaucoup de bonne volonté, ressentent des lacunes en termes de compétences interculturelles. A travers ce travail, nous espérons ainsi être plus aptes à travailler avec des patients qui n'ont pas la même façon de s'exprimer, qui ont des coutumes inhabituelles ou qui ont des valeurs différentes voire opposées aux nôtres. Malheureusement, nous constatons aussi que l'ethnocentrisme est encore très présent dans nos sociétés modernes en conséquence d'un manque de sensibilisation de la population aux diversités culturelles. Comme nous l'avons énoncé précédemment, le phénomène migratoire étant en accroissement continu, nous avons le devoir, en tant que soignant, d'élargir notre vision du soin et d'adapter notre prise en charge à notre patient. Nous espérons aussi sensibiliser les soignants sur l'importance de la notion d'interculturalité dans les soins. C'est une notion qui est banalisée et quelques fois oubliée mais elle représente un enjeu important pour la profession d'infirmière et pour la santé publique. Pour soigner une personne, nous devons prendre en compte toutes les dimensions et surtout, être attentifs à ce que le patient soit en accord avec les soins qui lui sont prodigués. Enfin, nous savons pertinemment qu'il serait utopique d'imaginer que chaque infirmière puisse développer des connaissances sur toutes les cultures et toutes les pratiques religieuses existantes. Cependant, nous pensons que posséder quelques informations sur les diverses ethnies ou

religions fait partie des compétences attendues pour une infirmière du 21^{ème} siècle, vivant dans un pays développé tel que la Suisse. Isabelle Lévy (2013) a d'ailleurs écrit un livre s'intitulant : « guide des rites, cultures et croyances à l'usage des soignants » dans lequel elle résume les principaux fondements et caractéristiques de chaque religion. Nous trouverions intéressant que les établissements de soins puissent se procurer un tel livre afin que les soignants aient la possibilité de se renseigner lors de l'anamnèse d'un patient de culture différente.

En conclusion, le but de ce travail est d'identifier, au moyen d'une revue de littérature, les difficultés et les obstacles qui entravent une bonne prise en charge d'un patient d'origine ou de culture différente ainsi que les conséquences sur leur santé. Le deuxième but est de mettre en évidence les compétences en communication qui vont nous permettre de prodiguer des soins culturellement adaptés.

Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaire infirmier

3.1 Présentation des concepts

Afin de déterminer les concepts que nous allons développer dans ce chapitre, nous avons créé un tableau utilisant la méthode « PICO(T) ».

P opulation	Réfugiés / Migrants (adultes)
I ntervention	Développer des compétences en communication interculturelle
C ontexte	En milieu hospitalier
O utcomes (résultats)	Prodiguer des soins de qualité

Grace à la méthode « PICOT », nous avons pu affiner notre question de départ en une question de recherche finale, qui est la suivante :

« Quelles compétences infirmières en communication interculturelle contribuent à prodiguer des soins de qualité aux patients réfugiés adultes en milieu hospitalier ? »

En premier lieu, la population que nous allons étudier concerne les réfugiés adultes issus des dernières vagues de migration (P). Le but de l'étude est de développer des compétences en communication interculturelle (I) afin de contribuer à prodiguer des soins de qualité (O) dans les milieux hospitaliers (C).

Population « migrant / réfugiés » :

Afin de préciser notre problématique, nous avons choisi de focaliser notre recherche sur les réfugiés adultes arrivés en Suisse et dans les autres pays européens, suite à des conflits de guerre ou de persécution. Un réfugié est une personne qui a quitté le pays d'où il vient pour des raisons politiques, religieuses ou raciales et qui n'a pas le même statut que les populations autochtones du pays où il réside (Larousse, 2017). En raison de menaces sérieuses pour leur vie, ce sont des personnes qui ont été contraintes de quitter leur pays et de venir demander l'asile. Ces demandeurs d'asile sont appelés « réfugiés » après que leur demande d'asile ait été validée par l'office fédéral des migrations Suisse. En raison de la barrière linguistique principalement, associée à tous les autres obstacles rencontrés dans les soins avec ces patients (intégration difficile, différences culturelles, religieuses et d'interprétation), nous avons choisi de retenir cette population-là. Cependant, dans notre travail, nous utilisons également le terme de « migrant », qui reprend une population plus générale car les problématiques liées à la culture et à la communication sont proches de celles rencontrées avec les réfugiés.

Intervention « développer des compétences en communication interculturelle » :

Qu'est-ce que la communication ?

La communication est un « système de comportement qui régleme les interactions entre deux personnes » (Andrews & Boyle, 2003). Lorsque nous communiquons, nous transmettons un message, une information, une idée ou une émotion. Certains auteurs avancent même que tout comportement est communication ; ainsi, elle peut être verbale et non verbale (Potter & al., 2012). La communication non verbale comprend les mouvements du corps, le contact visuel, le ton de la voix, la proximité, le toucher, l'environnement et les silences (Schoeffel 2007 cite Ting-Toomey). Dans la communication interpersonnelle, nous retrouvons toujours un émetteur (qui transmet le message) et un récepteur (qui reçoit le message) qui interagissent dans un contexte de communication. Lors de la réception du message, le destinataire de celui-ci l'analyse puis renvoie un message à son tour par une action appelée « feed-back ». De nombreux éléments peuvent perturber et fausser l'interprétation du message dans la communication interpersonnelle ; les bruits parasites, le codage du message par la source émettrice et le décodage par le récepteur. Ainsi, il existe de nombreux biais qui peuvent compromettre la communication et les malentendus peuvent être fréquents. Dans les soins, la communication représente le fondement de notre travail, que ce soit avec le patient ou l'équipe soignante. En effet, elle est un

élément essentiel sur lequel s'appuie toute notre pratique professionnelle (Ting-Toomey, 2007).

Qu'est-ce que l'interculturalité ?

L'interculturalité concerne tous les processus d'interaction entre les individus et désigne aussi « tous les changements socio-psychologiques qui se mettent en place dans les situations d'acculturation » (Cohen-Emrique, 1993). Elle englobe les dimensions du savoir, du savoir-faire et du savoir-être. Dans une démarche interculturelle, 3 principes sont mis en évidence selon Cohen-Emrique (2011). Le 1^{er} est la décentration, c'est-à-dire une prise de distance par rapport à sa propre culture en prenant conscience de son propre cadre de référence. Ce décentrement suppose la neutralité culturelle, autrement dit, une relativisation de ses propres valeurs. Le 2^{ème} principe est la découverte du cadre de référence de l'autre, qui nécessite une ouverture aux réalités de l'autre qui sont différentes sans les accepter ni être en accord. Cette démarche requiert un intérêt pour l'humain et mobilise des ressources motivationnelles pour ce faire. Le 3^{ème} et dernier principe qui est la médiation et la négociation, permet l'échange de point de vue, de démarches et la tentative de trouver un consensus où chacun retrouve le respect. De plus, pour être dans une approche d'interculturalité il est important de conserver son identité et ses caractéristiques culturelles tout en établissant des relations avec d'autres groupes (Newman Giger & Davidhizar, 1998).

Qu'est-ce que la communication interculturelle ?

La communication interculturelle se définit comme une communication interpersonnelle entre des individus de cultures différentes. Elle est constituée par l'interaction de l'homme dans le contexte de cultures différentes et concerne ainsi « la relation de l'individu avec l'étranger » (Rogers & Steinfatt, 1999). Elle est née entre des individus qui se perçoivent mutuellement différents de par leur culture (Rogers & Steinfatt, 1999). De plus, la communication interculturelle interagit avec des variables identitaires telles que la religion, le sexe et l'âge. A travers la communication interculturelle, les individus se partagent des sensations, des valeurs, des croyances et des mœurs. Pour qu'une communication soit qualifiée d'interculturelle, elle doit se baser sur des valeurs humaines et sur une éthique interculturelle. Les valeurs humaines comprennent la considération, le respect et l'empathie. L'éthique interculturelle, quant à elle, comprend plusieurs fondements-clés comme respecter la personnalité et les caractéristiques culturelles de l'individu, résister à l'homogénéité culturelle, encourager le partage de valeurs culturelles et préserver sa culture, tout en étant sensible à celle de l'autre.

Qu'est-ce qu'une compétence ?

La compétence est un concept largement défini par la littérature. Selon Le Boterf (1994), la compétence n'est pas figée ni acquise ; elle n'est pas un état mais un processus. Il définit la compétence comme la mobilisation et

l'activation de plusieurs savoirs dans un contexte et une situation donnée (Le Boterf, 1994). La compétence englobe plusieurs types de connaissances ; ce sont les savoirs procéduraux et théoriques ainsi que les savoir-faire procéduraux, expérientiels, sociaux et cognitifs. Toutefois, nous pouvons avoir des connaissances sans être compétents. En effet, il est important d'avoir des connaissances, mais encore faut-il savoir les actualiser et les utiliser dans un contexte singulier pour aspirer à atteindre la compétence (Le Boterf, 1994). Ainsi, nous devrions être capables d'utiliser nos connaissances et nos capacités de façon pertinente et au moment opportun ; la compétence « ne réside pas dans les ressources à mobiliser mais dans la mobilisation même de ces ressources » (Le Boterf, 1994, pp.16). De plus, la compétence devrait permettre de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte singulier, en mobilisant des capacités de manière intégrée (Carré & Caspar, 1999). Zarifian, lui, définit la compétence comme « la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu dans des situations professionnelles auxquelles il est confronté » (Zarifian, 1999, pp.70). Pour cet auteur, la compétence s'appuie également sur les capacités à mobiliser d'autres intervenants autour des mêmes situations, pour assumer ensemble les enjeux et les responsabilités. Ainsi, si nous nous référons à cette définition, nous pouvons compter sur nos ressources propres mais nous devons également rechercher des ressources complémentaires, si nous l'estimons nécessaire. En outre, cet auteur associe cette responsabilité à l'éthique professionnelle ; assumer les responsabilités en allant jusqu'au bout

de ses initiatives, en répondant de ses actions et en se souciant du service prodigué à son destinataire (Zarifian, 1999).

Comment les compétences peuvent-elles répondre à la problématique de la communication interculturelle ?

La compétence interculturelle consiste à reconnaître les comportements des individus de culture différente et construire des savoirs complexes et combinés sur ces comportements afin de produire une action efficiente (Narcy-Combes, 2009). En nous référant aux dires des différents auteurs, être compétent en interculturalité implique, pour les professionnels, une grande capacité d'adaptation. En réalité, il ne suffit plus d'avoir quelques connaissances sur les différentes cultures ; il devient dorénavant nécessaire, pour tendre vers la compétence, de mobiliser des savoirs sociaux, cognitifs, expérientiels, procéduraux et théoriques dans des situations où les cultures du soignant et du patient diffèrent. La compétence peut répondre à la problématique de la communication interculturelle, car elle va demander au soignant de mobiliser des savoirs, du savoir-faire et du savoir-être de manière pertinente (objectifs précis et prioritaires), au moment opportun, face à des situations complexes d'interaction soignant-migrant (Le Boterf, 1994). La compétence se définissant aussi comme une prise d'initiatives dans des situations données, l'infirmière se doit de connaître ses limites et de savoir mobiliser d'autres intervenants au cas où la situation interculturelle deviendrait trop complexe (Zarifian, 1999). Les infirmières sont responsables

de leurs services et de leurs prises en charge, quelle que soit la culture du patient. Le recul dans le champ interculturel, c'est-à-dire la prise de distance par rapport à ses représentations et à ses conditionnements liés à la culture, est une condition pour initier le passage à la compétence interculturelle (Narcy-Combes, 2009, cite Abdallah-Preteille & Channouf). Comme l'avançaient les chercheurs américains Rogers et Steinfatt (1999), la conscience de sa propre culture, la conscience des différences culturelles interpersonnelles, la conscience interculturelle et la diminution de l'ethnocentrisme sont des étapes qui amorcent le développement de compétences en communication interculturelle.

Être compétent en communication interculturelle, c'est également comprendre les valeurs et les normes culturelles des individus que l'on soigne et les intégrer dans notre projet de soins (Ting-Toomey, 2007). Les manières de s'exprimer varient fortement d'une culture à l'autre et même d'une personne à l'autre dans une même culture. En effet, parler la même langue ne signifie pas parler le même langage (Ting-Toomey, 2007). Les styles de communications dépendent donc énormément des valeurs et normes culturelles. Somme toute, il s'agira de développer à travers ce travail de recherche, des compétences en communication interculturelle afin de dépasser les barrières linguistiques et culturelles que nous pouvons rencontrer avec les réfugiés.

Contexte « en milieu hospitalier » :

Nous entendons par « milieu hospitalier » toutes les institutions médicalisées qui traitent des pathologies physiques ou psychiatriques. Nous nous sommes ainsi plus centrées sur des services de médecine.

Outcomes / résultats « prodiguer des soins de qualité » :

La qualité des soins, selon la définition de l'OMS (2013), est un concept multidimensionnel qui dépend dans les soins de multiples critères, entre autres : la qualité des contacts humains, la qualité du raisonnement médical et infirmier ainsi que la qualité de la continuité des soins. Elle consiste également en une prise en charge devant garantir au patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assureraient les meilleurs résultats sur sa santé, le moins de risques possible ainsi qu'une satisfaction optimale (OMS, 2013). Pour répondre à tous ces critères, une communication adéquate et efficiente paraît indispensable afin de faire un bon recueil de données (infirmier ou médical), de s'assurer de la pertinence d'un jugement clinique et de valider auprès du patient la compréhension de sa situation. Elle permettrait aussi un certain niveau de satisfaction de la personne soignée. Une satisfaction s'explique par la qualité de l'information partagée avec l'infirmière, le temps passé avec cette dernière, une meilleure compréhension de la maladie et du traitement ainsi qu'une meilleure participation à la prise en charge (Delamaire & Lafortune, 2010). Ainsi, si nous aspirons, en tant qu'infirmières, à prodiguer des soins de qualité à ces personnes réfugiées

selon les définitions citées, nous avons le devoir d'être aptes à communiquer par différentes compétences, et ce peu importe l'origine culturelle ou la langue parlée du patient.

3.2 Développement du modèle de Purnell :

Après avoir développé les concepts qui constituent notre question de recherche, nous allons également approfondir le concept théorique issu du modèle de Purnell, car celui-ci nous paraît le plus adapté à notre thématique. En effet, ce modèle peut aider l'infirmière à développer différents aspects des compétences interculturelles en communication et permet d'apporter des pistes pertinentes à notre questionnement de recherche sous un angle différent. Tout d'abord, Purnell (1998) nous rend attentifs sur le fait que l'ouverture à une diversité culturelle améliorerait la qualité des soins. Selon le modèle, la culture a une influence puissante sur nous, entre autres sur nos perceptions de santé et de maladie. Dans ce modèle, il convient d'abord de prendre conscience de ses propres valeurs et de ses pensées afin d'éviter qu'elles n'influencent notre vision du patient. Dans un second temps, l'infirmière va reconnaître et comprendre la culture de son patient tout en la respectant afin d'adapter au mieux ses soins à la personne (Coutu-Wakulczyk, 2003, cite Purnell). La compétence culturelle est un processus basé sur des actions et réflexions de l'infirmière que l'on atteint de manière progressive en 4 stades selon Purnell (1998). Le premier stade est

« l'incompétence inconsciente » où l'infirmière n'a pas conscience de la diversité culturelle ni du fait qu'elle ne connaît pas la culture de l'autre. Dans le second stade qui se nomme « l'incompétence consciente », l'infirmière peut identifier son manque de connaissances sur la culture de son patient. Pour le troisième stade, il s'agit de « la compétence consciente » où l'infirmière a conscience qu'elle peut apprendre et générer des interventions culturellement adaptées, sans que ce soit un automatisme pour elle. Finalement, pour atteindre le dernier stade qui est « la compétence inconsciente », l'infirmière crée inconsciemment des automatismes dans ses prestations de soins adaptés à des clients de cultures différentes. Au vu de notre problématique de recherche, le but serait idéalement que les soignants atteignent le niveau de la compétence consciente voire, avec l'expertise, celle de la compétence inconsciente.

Le modèle de Purnell est représenté sous forme d'un cercle (cf. annexe 1). La globalité de la société (politique mondiale, conflit de guerres...), la communauté, la famille et la personne (aspects bio-psycho-sociaux), issues du métaparadigme infirmier, représentent les aspects macroscopiques du modèle. Viennent ensuite les aspects microscopiques du modèle, qui sont exprimés en 12 domaines culturels.

Aspects macroscopiques du modèle :

Par rapport à notre questionnement, il semble évident que les aspects macroscopiques influencent les patients issus de cultures diverses mais

également notre prise en charge. La société globale peut avoir des répercussions non négligeables sur la santé des patients, étant donné qu'ils ont, parfois, fui leur pays en guerre et gardent des souvenirs peu agréables. De plus, venant de pays où la culture est différente, les migrants ont des habitudes de vie spécifiques, basées sur leurs croyances culturelles et traditionnelles, qui se répercutent souvent dans les comportements à l'égard de la santé.

Aspects microscopiques du modèle :

Le modèle est organisé selon 12 domaines qui sont interreliés. Nous avons fait le choix d'analyser uniquement les domaines qui ont un lien direct avec notre question de recherche et qui nous permettraient de développer des compétences en communication interculturelle et en interculturalité de manière générale.

Domaine de la communication

Purnell explique que la communication est un domaine vaste et complexe, qui interagit avec toutes les autres catégories du modèle et qui implique beaucoup d'éléments tels que l'habileté verbale, la langue, les dialectes, l'usage contextuel et les variations para langagières (le volume, la tonalité,...). Elle englobe aussi l'aspect non verbal qui représente 93% du message transmis comme le contact visuel, le toucher, le langage corporel et les distances interpersonnelles (Mehrabian, 2007). Par exemple, la façon de

parler des infirmières (un ordre, la tonalité de la voix...) peut être mal interprétée par un patient issu d'une culture dans laquelle les hommes ont un pouvoir autoritaire important. Avec des migrants ayant des compétences linguistiques limitées, il est d'autant plus important de prêter attention à la manière de communiquer mais surtout à la communication non verbale. Purnell décrit ensuite 3 composantes qui fondent le domaine de la communication : « langue dominante et dialectes », « styles de communication culturels » et « relations temporelles ». Nous avons développé les deux premières composantes de la communication car elles permettent de donner des pistes à notre questionnement de recherche.

« Langage dominant et dialecte » : Chaque professionnel de santé devrait être conscient des difficultés qu'il est amené à rencontrer en lien avec les différents dialectes qui complètent une langue dominante. Dans les situations où des soignants sont confrontés à des migrants, il pourrait arriver que les deux parties parlent une même langue mais dont les dialectes diffèrent, ce qui complexifie la communication. Dans ce genre de situation, il serait judicieux, selon le modèle, de faire appel à des services d'interprétation spécifique pour que la communication soit la plus claire et précise possible, afin d'éviter par exemple les biais dans l'annonce d'un diagnostic. En effet, la compétence définie par Zarifian (1999) implique que l'infirmière doit avoir les capacités de faire appel à d'autres intervenants lorsqu'elle estime que la situation devient trop complexe. Ainsi, les services

d'un autre intervenant (interprète professionnel) s'avèrent indispensables afin d'être en adéquation avec l'éthique professionnelle.

« Styles de communication culturels » : Le modèle précise l'importance de créer une relation de confiance pour pouvoir établir un recueil de données complet ainsi que pour favoriser une communication ouverte. Au vu des situations vulnérables dans lesquels se trouvent les migrants, l'importance de développer ce lien de confiance est amplifiée. Ce lien bienveillant peut passer par un toucher respectueux ainsi que par une distance et un contact visuel adaptés à la culture. Tous ces éléments réunis permettront aux soignants de créer une alliance thérapeutique efficiente, pour ainsi prodiguer des soins culturellement congruents. Par exemple, si nous parvenons à créer une relation de confiance avec un réfugié de Syrie ayant vécu un traumatisme grave, nous pourrions ainsi faciliter le processus de soins : il se confiera davantage, demandera et acceptera plus facilement l'aide. Ainsi, nous serons en mesure de mieux cerner ses besoins et cela permettra également de réduire son stress ainsi que son anxiété.

Nous comprenons, à travers le domaine de la communication du modèle de Purnell (1998), l'existence d'une multitude de variations culturelles en matière de stratégies de communication, qui nous amènent à être attentifs aux valeurs personnelles et à adopter un mode de communication qui respecte le rythme, les besoins, et les croyances de chacun. En effet, être

compétent en communication interculturelle, c'est aussi savoir intégrer les normes et les valeurs culturelles de l'individu dans son projet de soins.

Domaine des rôles et organisation de la famille

Chaque famille a son organisation qui diffère selon la culture des individus qui la constituent. La structure familiale détermine les rôles de chacun, les priorités et les normes comportementales acceptables. Parmi les quatre composantes de ce point, nous en avons développé deux : « chef de famille et rôle selon le sexe » et « rôles et priorités de la famille ».

« Chef de la maison et rôles selon le sexe » et « buts et priorités de la famille » : Par exemple, dans certaines cultures indiennes, les décisions importantes sont prises par le maître de la famille, qui est souvent le père ou le frère du patient ou de la patiente. Par rapport à notre problématique, il peut s'avérer important de connaître ces règles familiales afin de savoir à qui s'adresser lorsqu'une décision en matière de soins de santé doit être prise. En effet, nous ne devrions pas aller à l'encontre des valeurs et des règles familiales, même si elles nous paraissent parfois en décalage par rapport aux nôtres. Dans certaines familles, le médecin et les soignants doivent consulter un membre spécifique de la famille avant de pouvoir prendre une décision. Cela peut parfois provoquer des conflits éthiques, dans lesquels les professionnels peuvent se sentir extrêmement frustrés ; par exemple, des parents ne veulent pas d'un traitement qui paraît être indispensable pour la

survie du patient. Même si ces situations sont rares, elles existent et sont parfois source de conflits entre les soignants et la famille ou la communauté.

Domaine des comportements à risques élevés

Dans ce domaine, nous avons fait des liens avec la composante « pratiques de soins de santé ».

« Pratiques de soins de santé » : Certains patients issus de cultures variées ont des croyances et pratiques qui s'avèrent parfois être dangereuses pour leur santé. Par exemple, un patient peut, par rapport à une croyance, appliquer du dentifrice sur une brûlure profonde de 3^{ème} degré en pensant que cela favorisera la cicatrisation. Or, l'utilisation de ce produit sur de telles brûlures sera inefficace voire même délétère (Taylor & al., 2011). L'infirmière a un rôle-clé dans ce genre de situation car elle peut faire valoir ses compétences en éducation thérapeutique, en promotion et en prévention de la santé. En effet, ces croyances étant très ancrées, l'infirmière doit transmettre son savoir par rapport aux traitements de ces plaies. Ainsi, elle permettra le développement de compétences techniques et décisionnelles dans le but de rendre le patient capable de raisonner et de faire des choix appropriés par rapport à ses problématiques de santé (Taylor & al., 2011).

Domaine de la nutrition

Dans le domaine de la nutrition, nous avons regroupé les composantes suivantes : « aliments habituels et rituels » et « pratiques alimentaires et promotion de la santé ».

« Aliments habituels et rituels » et « pratiques alimentaires de promotion de la santé » : Pour prétendre à des soins interculturels, le soignant doit avoir pris connaissance des rituels alimentaires tels que l'heure des repas ou les restrictions alimentaires du patient. En effet, les coutumes alimentaires occupent une place plus ou moins importante selon les cultures. En tant qu'infirmier, nous devons nous efforcer de respecter ces coutumes et ces normes culturelles dans la mesure du possible. Toutefois, certains comportements vis-à-vis de l'alimentation peuvent porter préjudice à la santé du patient. Par exemple, le jeûne est fortement déconseillé voire proscrit lorsqu'un patient souffrant de lithiases rénales récidivantes souhaite le pratiquer (pour des raisons de croyances culturelles ou religieuses). En effet, la privation hydrique induit une recrudescence des crises aiguës. Pour éviter au patient des complications rénales à court ou à long terme, nous devons être capables, en tant qu'infirmières, de lui rappeler que le jeûne n'est pas requis dans ces situations-là. Une connaissance de la culture, une attitude ouverte et non jugeante et une communication efficiente s'avèrent essentielles afin d'assurer au patient une compréhension de son problème de santé en lien avec le jeûne. Ainsi, la compétence interculturelle implique la

reconnaissance des comportements néfastes des individus de culture différente afin de mobiliser des savoirs complexes et combinés sur ce comportement de manière à produire une action efficace. Mobiliser ses savoirs théoriques, son savoir-faire et son savoir-être à un moment précis est signe du passage à la compétence (Le Boterf, 1994).

Domaine de la spiritualité

Il est de notre rôle propre de recueillir les données relatives à la spiritualité du patient. Effectivement, c'est une composante significative de l'être humain qui consiste à donner un sens à sa vie. La spiritualité est associée à l'âme et affecte les composantes biologiques, sociales et psychologiques de l'individu. Nous avons regroupé et développé les composantes de « la religion dominante et la prière » et du « sens de la vie et sources de force ».

« La religion dominante et la prière » et « le sens de la vie et source de force » : Dans certaines religions, la prière demeure primordiale afin d'assurer l'équilibre psychique et spirituel. Dans le contexte de maladies, qu'elles soient aiguës ou chroniques, elle s'avère davantage nécessaire pour le patient ; la prière peut présenter une force spirituelle indispensable pour qu'il puisse lutter contre sa maladie. Pour favoriser l'épanouissement spirituel de l'individu, les soignants ont le devoir d'intégrer ces valeurs et croyances dans le projet de soins de l'individu, car cela fait partie des compétences interculturelles. Plus concrètement, il s'agira par exemple d'identifier les

instants de prières afin d'éviter de déranger le patient à ces moments-là. Pour d'autres patients, les rituels religieux ne sont pas forcément la source première de satisfaction des besoins spirituels. Pour ces autres patients, il s'agira pour nous, en tant que soignants, de les aider dans leur quête de force et d'épanouissements personnels. Pour appuyer davantage ce dernier point, nous avons pris une définition de Watson (1998), qui définit la spiritualité comme l'essence même de la personne et qui s'avère être une ressource pour l'individu afin de promouvoir sa guérison. Le rôle infirmier consiste alors à accompagner la personne dans la recherche d'un sens afin de promouvoir un équilibre et une harmonie « corps-âme-esprit ».

Domaine des pratiques de soins de santé

Nous avons développé ici la composante des « croyances et comportements à l'égard de la santé.

« Croyances et comportements à l'égard de la santé » : Les soins curatifs et préventifs devraient toujours s'appuyer sur les croyances traditionnelles et magico-religieuses du patient en plus de l'aspect biomédical. Les populations issues de cultures diverses ont développé des moyens pour se soigner, se maintenir en santé et pour guérir. Ces croyances, solidement ancrées, doivent être prises en compte dans le projet de soins. Certaines pratiques « traditionnelles » ou « non conventionnelles » peuvent toutefois être dangereuses pour la santé du patient et le soignant devrait vérifier si le patient utilise d'autres traitements (naturels ou conventionnels) que ceux

instaurés à l'hôpital ou par le médecin traitant. En outre, nous ne devons en aucun cas juger les croyances du patient, mais simplement l'informer du risque, s'il y en a un, d'utiliser ce produit en raison des interactions possibles ou du risque de surdosage. Néanmoins, ces pratiques issues de croyances culturelles et religieuses peuvent parfois aider le patient à soulager sa douleur, parallèlement au traitement médicamenteux.

Domaine des intervenants de la santé

Nous avons développé le point sur « les soins traditionnels versus biomédicaux » pour le mettre en lien avec notre problématique.

« Les soins traditionnels versus biomédicaux » : Dans ce chapitre, Purnell (1998) parle des relations interpersonnelles soignant-patient de sexe différent. En effet, le soignant a le devoir de connaître et de respecter les différences de relation qu'il y a entre homme et femme dans certaines cultures. Par exemple, il serait judicieux, dans certaines situations, de désigner un soignant du même sexe que le patient dans la mesure du possible. En effet, un toucher dit « thérapeutique » peut être très mal perçu et inapproprié dans certaines cultures lors d'interactions patient-soignant de sexe différent. Ainsi, l'infirmière possédant des compétences interculturelles va être capable de mobiliser et d'actualiser ses connaissances afin d'offrir des soins adaptés au patient et qui sont compatibles avec ses croyances et ses valeurs.

Chapitre 4 : Méthode

4.1 Détermination des mots-clés selon la méthodologie PICO(T)

Afin de débiter le chapitre concernant la méthodologie utilisée pour sélectionner nos articles de recherches, nous allons commencer par identifier les différents mots-clés retenus en nous référant au tableau PICO(T) réalisé dans le chapitre 3 ; « concepts et champs disciplinaires ». En effet, pour chacun de nos concepts PICO(T), nous avons déterminé quelques mots-clés que nous allons ensuite transformer en descripteurs pour la recherche sur les bases de données. En utilisant plusieurs mots-clés différents, nous multiplierons nos équations de recherche ce qui optimisera nos possibilités de trouver des articles en lien avec notre thématique. Ci-dessous, nous avons créé un tableau qui démontre l'identification de ces mots-clés.

Concepts PICO(T)	Mots-clés retenus
Réfugiés / migrants (adultes)	Réfugiés / migrants
Développer des compétences en communication interculturelle	Communication / communication interculturelle / langage
En milieu hospitalier	Soins aigus / hôpitaux
Prodiguer des soins de qualité	Qualité des soins

4.2 Elaboration de la question de recherche

Comme énoncé dans le chapitre précédent, notre question finale de recherche est la suivante ; « Quelles compétences infirmières en communication interculturelle contribuent à prodiguer des soins de qualité aux patients réfugiés adultes en milieu hospitalier ? ». Cette question de recherche est de type « meaning » car elle nous amène à nous questionner sur l'influence d'une communication culturellement adaptée sur la qualité des soins. Effectivement, à travers la recherche, nous allons tenter de déterminer les effets d'une action ou d'un phénomène sur un résultat attendu.

4.3 Critères de sélection des articles

Nous avons sélectionné des articles trouvés grâce aux bases de données recommandées. Plus précisément, nous avons décidé d'utiliser Pubmed, Cinhal, Psycinfo, Medline et Cochrane. En complément, nous avons choisi d'élaborer une recherche également sur « Google Scholar » afin d'optimiser les opportunités de trouver des articles permettant de répondre à notre problématique. En plus d'utiliser les bases de données citées ci-dessus, nous avons sélectionné nos articles grâce à quelques critères précis ; les articles ont été écrits il y a moins de 10 ans, l'impact factor du journal dans lequel ils sont publiés est supérieur à 1,5 et le niveau de preuve hiérarchique est adapté (méta-analyse ou revue systématique). Tous ces critères de sélection seront repris dans un des points suivants, lors de la présentation

des articles retenus. Cependant, nous tenons à préciser que certains articles ne respectaient pas tous ces critères mais étant donné leur richesse en termes d'informations concernant notre thématique, nous avons choisi de les retenir.

4.4 Identification des descripteurs et sélection des articles

Pour chacun de nos mots-clés en français présentés dans le point 4.1, nous avons cherché leur traduction en anglais sur le « grand dictionnaire terminologique » avant de les traduire en descripteurs sur MeSH et OVID pour enfin trouver nos articles grâce aux bases de données. Nous avons créé un tableau qui synthétise notre démarche d'identification des descripteurs.

	P	I	C	O
Mots-clés	Réfugiés Migrants	Communication Communication interculturelle Langage	Soins aigus Hôpitaux	Qualité des soins
Traductions en anglais	Refugees Migrants	Communication Intercultural communication Language	Acute care Hospitals	Quality of care
Descripteurs MeSH	Refugees Migrants / Transients	Communication Intercultural communication Language	Acute care Hospitals	Quality of care / Quality of health care

Descripteurs OVID	Refugees Migrants / Transients	Communication Intercultural communication Language	Acute care Hospitals	Quality of care / Quality of health care
-------------------	--------------------------------------	---	-------------------------	--

Après la détermination des descripteurs, nous allons présenter nos recherches sur les différentes bases de données, les équations de recherche utilisées ainsi que les articles retenus.

Base de données « PUBMED » :

Filtres sélectionnés	Mots-clés utilisés	Articles trouvés	Articles retenus
Date (= ou < 10 ans)	refugees + (communication ou intercultural communication) + hospitals + quality of care	7	0
Texte complet (full text)	refugees + (communication ou intercultural communication) + quality of care	253	0
Article parlant des humains (human)	(migrants ou transients) + (communication ou intercultural communication) + quality of health care	302	4
	migrants + langage + quality of care	429	1

Dans la base de données « PUBMED », nous avons tout d'abord essayé en utilisant le mot-clé « réfugiés » pour la population avant d'élargir plus notre recherche et d'introduire le mot-clé « migrants ». En effet, les résultats

que nous avons obtenus avec le premier s'éloignaient trop de notre problématique, malgré le grand nombre d'articles trouvés. Nous avons lu les résumés de ces articles afin de retenir seulement ceux qui traitaient précisément de notre sujet. Voici les articles que nous avons sélectionnés sur la base de données PUBMED, les auteurs ainsi que le journal dans lequel ils ont été publiés :

Kietmann et al. (2015) : Migrants and professionals views on culturally sensitive pre-hospital emergency care.	Article n°9 Tiré de : Social Science & Medicine
O'Reilly-de Brún et al. (2015) : Involving migrants in the development of guidelines for communication in cross-cultural general practice consultations : a participatory learning and action research project.	Article n°7 Tiré de : BMJ Open
De Brún et al. (2015) : Guidelines and training initiatives that support communication in cross-cultural primary-care settings : appraising their implementability using Normalization Process Theory.	Article n°5 Tiré de : BMC Health Service Research
Priebe et al. (2011) : Good practice in health care for migrants : views and experiences of care professionals in 16 European countries.	Article n°3 Tiré de : BMC Public Health
Reneta et al. (2015) : Overcoming language barriers in healthcare : A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language.	Article n°2 Tiré de : BMC Health Services Research

Base de données « CINHAL » :

Filtres sélectionnés	Mots-clés utilisés	Articles trouvés	Articles retenus
Date (= ou < 10ans)	refugees + (communication ou intercultural communication) + hospitals + quality of care	243	3
Date (= ou < 10ans)	migrants + (communication ou intercultural communication) + quality of health care	89	2
Texte complet (full text)			

Dans notre première sélection d'articles en utilisant le mot-clé « réfugiés », nous avons pu en trouver quelques-uns qui ont retenus notre attention. Etant donné que certains de ces textes qui semblaient pertinents pour notre problématique n'étaient pas en texte intégral sur CINHAL, nous les avons recherchés grâce à un moteur de recherche et avons réussi à en retrouver la majorité. Pour notre seconde équation de recherche, nous avons décidé de ne pas utiliser le mot « transients » et de ne prendre que le mot « migrants », car il y avait trop de résultats d'articles qui s'éloignaient beaucoup de notre problématique. En effet, le mot-clé « transients » a pu créer un biais qui nous empêchait de trouver exclusivement des articles qui nous intéressaient. Nous avons retenu les 5 articles suivants sur la base de données CIHNAL :

Upvall et Brost (2007) : Developing cultural competence in nursing students through their experiences with a refugees population.	Article n°1 Tiré de : Journal of Nursing education
Bischoff et Denhaerynck (2010) : What do language barriers cost ? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland.	Article n°13 Tiré de : BMC Health Services Research
Novak-Zezula et al. (2006) : Improving interpreting in clinical communication : models of feasible practice form the European project « Migrant-friendly Hospitals ».	Article n°6 Tiré de : Diversity in Health and Social Care
Plaza del Pino et al. (2013) : Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain : a focused ethnography.	Article n°12 Tiré de : BMC Nursing
Bischoff et al. (2003) : Language barriers between nurses and asylum seekers : their impact on symptom reporting and referral.	Article n°8 Tiré de : Social Science & Medicine

Concernant le dernier article de ce tableau ; article n°8 de Bischoff et al., (2003), il ne correspond pas aux années ciblées car il a été écrit en 2003. En effet, nous l'avons sélectionné grâce aux sources primaires d'un autre article (article n°13 de Bischoff & Denhaerynck, 2010). Malgré qu'il ait été écrit en 2003, nous l'avons trouvé très pertinent et avons tout de même décidé de l'analyser car il s'agit d'une étude se déroulant en Suisse et traitant notre problématique de manière précise et ciblée.

Base de données « PSYCINFO » :

Filtres sélectionnés	Mots-clés utilisés	Articles trouvés	Articles retenus
Date (= ou < 10ans) Texte complet (full text) Article parlant des humains (humans)	refugees + (communication ou intercultural communication) + hospitals + quality of care	11	0
Date (= ou < 10ans) Texte complet (full text) Article parlant des humains (humans)	refugees + (communication ou intercultural communication) + quality of care	67	0
Date (= ou < 10ans) Texte complet (full text) Texte traitant des humains (humans)	(migrants ou transients) + (communication ou intercultural communication) + quality of health care	37	0
Date (= ou < 10ans) Article parlant des humains (humans)	migrants + langage	2506	2

Nous avons uniquement retenus 2 articles sur la base de données PSYCINFO qui sont les suivants :

Hudelson et Vilpert (2009) : Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients : a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices.	Article n°10 Tiré de : BMC Health Services Research
Huang et Phillips (2009) : Telephone interpreters in general practice : bridging the barriers to their use.	Article n° 11 Tiré de : Australian Family Physician

Base de données « MEDLINE » :

Filtres sélectionnés	Mots-clés utilisés	Articles trouvés	Articles retenus
Date (= ou < 10ans)	refugees + (communication ou intercultural communication) + hospitals + quality of care	197	1
Date (= ou < 10ans)	refugees + (communication ou intercultural communication) + quality of care	68	0

Malgré le grand nombre de résultats obtenus sur cette base de données, la plupart des articles s'éloignaient de notre thématique. Par conséquent, nous avons retenu un article sur la base de données MEDLINE qui est le suivant :

Taylor et al. (2013) : Cross-cultural communication barriers in health care.	Article n°15 Tiré de : Nursing Standard
--	--

Base de données « COCHRANE » :

Filtres sélectionnés	Mots-clés utilisés	Articles trouvés	Articles retenus
Date (= ou < 10ans) Texte complet (full text)	refugees + (communication ou intercultural communication) + quality of care	43	0
Date (= ou < 10ans)	migrants + (communication ou intercultural communication) + quality of care	39	0

Nous n'avons retenu aucun article sur cette base de données car nous n'en avons pas trouvé qui traite notre thématique.

Moteur de recherche « Google Scholar » :

Filtres sélectionnés	Mots-clés utilisés	Articles trouvés	Articles retenus
Pas de filtre	Migrants + communication	776'000	1
Pas de filtre	Migrants + communication + quality of care	247'000	1

Ce moteur de recherche nous a amenées à un très grand nombre de résultats d'articles. Nous n'avons évidemment pas pu regarder toutes les recherches en question, mais nous avons tout de même retenu 2 articles pertinents sur « Google Scholar » qui sont les suivants :

Small et al. (2015) : Verbal and nonverbal indicators of quality of communication between care staff and residents in ethnoculturally and linguistically diverse long-term care settings.	Article n°4 Tiré de : J Cross Cult Gerontol
Deville et al. (2011) : Health care for immigrants in Europe: Is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study.	Article n°14 Tiré de : BMC Public Health

4.5 Description des stratégies de choix des articles

Afin de retenir les études les plus pertinentes pour notre problématique, nous nous sommes intéressées, dans un premier temps, à la structure des articles (introduction, méthode, résultats, discussion), au devis de recherche utilisé et au déroulement de la méthodologie. Pour ce faire et pour s'assurer que le contenu était en adéquation avec notre questionnement, nous avons réalisé une première lecture rapide des articles et des résumés. Après une sélection des articles pertinents, nous avons recherché l'indice factoriel des différents journaux les ayant publiés, ce qui peut nous donner une indication sur la fiabilité du contenu des recherches sélectionnées.

Nom du journal	Impact factor
BMJ Open	2,562
BMC Health Service Research	1,606
BMC Public Health	2,209
Journal of Nursing Education	1,060

Plusieurs de nos articles ont été publiés dans ces 4 journaux, dont l'impact factor figure ci-dessus. Néanmoins, nous n'avons pas trouvé les indices factoriels de tous les journaux ayant publiés nos articles. Sur les journaux trouvés, seul 1 possède un impact factor inférieur à 1,5 (article n°1) qui est « Journal of Nursing Education ». Toutefois, nous avons choisi d'étudier cet article car la revue en question est d'orientation infirmière et cela nous concerne particulièrement. De plus, nous savons, suite à des recherches, que beaucoup de journaux infirmiers ont un impact factor un peu plus faible, ce qui ne signifie pas qu'ils ne sont pas fiables, mais peut-être simplement qu'ils ont publié moins d'articles. Concernant le niveau de preuve hiérarchique de nos articles, nous n'avons pas pu déterminer pour tous de quel type de recherche il s'agit. Nous savons que l'article n°6 (Novak-Zezula & al., 2006) et le n°2 (Renata & al., 2015) sont des revues systématiques, ce qui correspond à un niveau de preuve élevé. Tous les autres articles que nous avons choisi d'analyser possèdent également une méthodologie adéquate et des résultats significatifs.

4.6 Analyse des articles selon la grille de Fortin (2010)

Pour la suite de notre travail de Bachelor, nous avons analysé les 15 articles retenus selon la grille de Fortin (2010). Ces analyses sont placées en « annexe 2 » à la fin de notre travail et les numéros devant les articles correspondent à ceux transcrits dans la partie « méthode

Chapitre 5 : Synthèse des résultats et discussion

5.1 Synthèse des résultats des articles

Les articles scientifiques que nous avons choisi d'analyser démontrent la pertinence de notre problématique et l'intérêt de notre recherche. En effet, presque la totalité des études met en évidence le caractère essentiel de la communication pour établir une relation de confiance, de respect et de soutien (Small & al., 2015 ; Hudelson & Vilpert, 2009). Les différentes études s'accordent pour reconnaître que lorsqu'une infirmière et un patient parviennent à communiquer de manière satisfaisante, la qualité des soins s'en voit améliorée ; il y a moins de visites d'urgences, de meilleures évaluations de l'état de santé, un suivi médical et infirmier plus complet et une plus grande satisfaction de la part du patient (Bischoff & al., 2003 ; Novak-Zezula & al., 2006). Ainsi, si l'on souhaite prétendre à des soins culturellement congruents, l'élimination des barrières communicationnelles en est la première mission (Bischoff & al., 2003). En effet, les barrières de langue sont non négligeables car elles créent des malentendus qui affectent négativement la relation clinique ainsi que les résultats des traitements et du projet de soins. Les barrières communicationnelles forment un véritable obstacle à des services de santé efficaces ; examens diagnostiques invasifs inutiles, continuité des soins insuffisante et prévention de la santé perturbée (Novak-Zezula & al., 2006). Pour Small et al. (2015), une communication inefficace provoquerait de la frustration chez les patients et les soignants et

accroîtrait les conflits interpersonnels. Une communication inadéquate engendrerait également du stress chez le patient et une incompréhension des risques de santé qu'il peut encourir (Meuter & al., 2015). De plus, elle affecterait la compliance aux traitements ainsi que la compréhension et l'accès aux services de santé (Taylor & al., 2013).

Nous allons à présent établir une synthèse des résultats de la revue littéraire que nous avons analysée. Nous avons regroupé les différents résultats de nos articles selon plusieurs thématiques qui sont apparues récurrentes dans les différentes analyses et se révèlent donc centrales.

Sensibilité culturelle :

Upvall et Brost (2007), qui ont étudié des rencontres entre des étudiants en soins infirmiers et des réfugiés somaliens, proposent à chacun de se questionner sur ses propres valeurs et croyances culturelles pour renforcer ses compétences interculturelles. En effet, comprendre et réfléchir sur sa propre culture est un préalable à la compréhension de la culture des autres, en adoptant une certaine ouverture d'esprit (Kietzmann & al., 2015). En d'autres termes, la conscience de sa propre culture permettra de reconnaître qu'il existe un large éventail de cultures différentes (Kietzmann & al., 2015). Dans l'étude de Priebe et al. (2011), les professionnels ont souligné l'importance de promouvoir parmi le personnel une pratique sans jugement, en favorisant l'ouverture d'esprit et des comportements respectueux, chaleureux, accueillants et à l'écoute.

D'autres auteurs ont énoncé l'importance d'avoir des connaissances sur les cultures afin de développer une sensibilité culturelle. Les résultats de l'étude de Plaza del Pino et al. (2013) avance que ne pas connaître la culture de l'autre est une forme d'ignorance. De plus, il serait judicieux de mieux connaître les habitudes de vie des patients, les normes et les croyances culturelles ainsi que leur vision de la santé-maladie (Plaza del Pino & al., 2013 ; Priebe & al., 2011). Hills (2009) incite les soignants à se renseigner sur les particularités du pays d'origine du patient comme la géographie et l'histoire ; le patient se sentira mieux considéré et les soins seront plus adaptés. Pour développer une sensibilité culturelle et des compétences interculturelles, certains auteurs recommandent des formations au personnel soignant basées, entre autres, sur la manière dont les migrants perçoivent la santé et la maladie ainsi que sur les normes culturelles et religieuses des différents individus (Priebe & al., 2011 ; Plaza del Pino & al., 2013).

Finalement, Priebe et al. (2011) suggèrent que la sensibilité culturelle pourrait s'acquérir par une expertise professionnelle, c'est-à-dire grâce à un contact régulier avec des personnes culturellement et linguistiquement différentes. Ces auteurs proposent également pour les institutions d'engager plus de personnel soignant issu de la migration car ces individus sensibilisaient les collègues aux différences culturelles en étant eux-mêmes plus sensibles (Priebe & al., 2011).

Mobilisation d'interprètes :

Interprètes informels

Nous retrouvons la mobilisation d'interprètes informels dans la plupart des revues de littérature que nous avons étudiées. Les interprètes informels peuvent être des membres issus de la famille du patient, des amis ou du personnel bilingue. Ils ont très souvent été sollicités pour pallier aux obstacles linguistiques rencontrés dans les soins (Small & al., 2015 ; Priebe & al., 2011 ; Bischoff & al., 2003). En effet, 66% des participants de l'étude de Hudelson et Vilpert (2009) disent préférer la participation d'interprètes issus de la famille, des amis ou du personnel bilingue plutôt qu'un interprète professionnel. Selon Priebe et al. (2011), avoir recours à des interprètes issus de la famille ou d'amis permettrait de recueillir des informations plus complètes et plus détaillées sur le patient car il y a une relation de confiance entre les deux parties. D'autres avantages ont été cités par les professionnels interviewés par rapport à l'utilisation d'interprètes informels comme l'accessibilité immédiate de ces personnes, l'aspect pratique dans l'organisation et l'aspect réconfortant pour le patient (Hudelson & Vilpert, 2009 ; O'Reilly-de Brún & al., 2014).

Toutefois, les auteurs signalent les désavantages d'utiliser des interprètes issus de la famille, des amis ou du personnel bilingue. Le problème rencontré, lorsqu'on utilise les ressources linguistiques d'un membre de la famille, est le lien émotionnel fort entre les deux individus qui peut venir

perturber l'interprétation (Small & al., 2015). De plus, la proximité des membres peut provoquer une gêne de la part du patient face au membre de sa famille, ce qui censurera probablement des informations pertinentes (O'Reilly-de Brún & al., 2014 ; Huang & Phillips, 2009). Lorsque les interprètes familiaux traduisent, la dynamique familiale peut être perturbée ; par exemple, des enfants peuvent se retrouver au milieu de conflits parentaux (Huang & Phillips, 2009). En outre, les membres de la famille ne sont pas formés à traduire (erreurs d'interprétation et de traduction) et ne connaissent pas forcément le langage médical ni les principes de confidentialité (Huang & Phillips, 2009 ; Hudelson & Vilpert, 2009). Les interprètes informels issus du personnel soignant ne sont pas formés non plus pour interpréter, ce qui peut engendrer des erreurs d'interprétation, surtout lorsque des problèmes culturellement sensibles sont abordés (Bischoff & al., 2003). Ainsi, Bischoff et al. (2003) proposent, pour pallier à cette problématique, une formation d'interprètes pour les infirmières bilingues.

Interprètes formels

Dans leurs résultats, certains auteurs citent des avantages non négligeables des interprètes formels par rapport aux interprètes non formels ; la qualité de l'interprétation et de la traduction est d'un niveau supérieur et ils connaissent la terminologie médicale ainsi que les principes de confidentialité (Priebe & al., 2011 ; Hudelson et Vilpert, 2009).

Cependant, malgré leur efficacité prouvée scientifiquement, seuls 34% des professionnels des HUG (infirmiers, médecins et assistants sociaux) ont préféré l'utilisation d'interprètes formels par rapport aux interprètes non formels (Hudelson & Vilpert, 2009). Les pressions par rapport au temps, la disponibilité limitée des interprètes et la baisse de l'intimité relationnelle soignant-soigné (personne tiers dans la relation) sont fréquemment citées comme des raisons de sous-utilisation des interprètes professionnels (Hudelson & Vilpert, 2009 ; O'Reilly-de Brún & al., 2014). En outre, dans l'étude de Hudelson & Vilpert (2009) seuls 23,2% des répondants ont déclaré que le service dans lequel ils travaillent les encourageait à utiliser des interprètes qualifiés pour faciliter la communication. 12.1% disaient avoir été informés de l'existence de services d'interprètes mais peu sur leur utilisation alors que 64.7% ont signalé n'avoir reçu aucune information sur la communication avec les patients ayant des lacunes importantes en français. Ainsi, peu de services fournissent des informations au personnel sur les façons de travailler avec des interprètes, ce qui peut renforcer le sentiment que leur utilisation est facultative et pas indispensable pour des soins de haute qualité (Hudelson & Vilpert, 2009). Les répondants qui ont été encouragés à utiliser les interprètes formels étaient deux fois plus susceptibles d'utiliser leurs services que ceux qui n'étaient pas encouragés (Hudelson & Vilpert, 2009). Toutefois, les professionnels des HUG disent ressentir une « résistance » généralisée dans l'utilisation d'interprètes qualifiés liée à une certaine pression de maîtrise de coûts de l'hôpital

(Hudelson et Vilpert, 2009). Bischoff et Denhaerynck (2010) mettent en évidence dans leur étude que les coûts de santé d'un patient nécessitant un interprète professionnel sont plus élevés que chez un autre patient. Or, à plus ou moins long terme, ces coûts seraient compensés et donc moins élevés que chez d'autres patients par une diminution du temps d'hospitalisation, entre autres (Bischoff et Denhaerynck, 2010). En effet, les coûts engendrés suite à une mauvaise interprétation (faite par des amis ou des membres de la famille, par exemple) ou suite à un diagnostic erroné sont plus élevés que si l'on introduisait directement des interprètes qualifiés (Bischoff & al. cite Tang, 2003).

D'autres études relèvent la pertinence de l'utilisation d'interprètes formels. L'étude de Novak-Zezula et al. (2006) propose la mise en place de services d'interprétation professionnelle dans le cadre d'un projet s'intitulant « Migrant-friendly hospitals » dans le but d'améliorer la communication avec les migrants. Suite à la mise en place de ce projet, 83% des patients interrogés étaient d'accord pour affirmer que les interprètes professionnels les ont aidés à transmettre des informations importantes aux médecins et aux soignants (Novak-Zezula & al., 2006). En outre, des indicateurs de qualité définis, tels que le rôle d'explication des interprètes, les transmissions précises d'informations, la clarification des croyances culturelles et l'identification des besoins des patients par les interprètes, ont été pris en compte et mis en pratique par les hôpitaux (Novak-Zezula & al., 2006).

Après l'introduction du projet « Migrant-friendly hospitals », la proportion des patients qui estiment que le service est « excellent » ou « très bien » est passée de 21.3% et 54.9% (Novak-Zezula & al., 2006). Le personnel a aussi déclaré que les conditions de travail s'étaient améliorées en raison des interventions mises en place (Novak-Zezula & al., 2006). Dans l'étude de Bischoff et al. (2003), la présence d'interprètes a influencé positivement la détection de symptômes physiques, psychiques et traumatiques ainsi que la mise en œuvre de soins adéquats par les infirmières.

Finalement, selon les résultats de l'étude de Hudelson & Vilpert (2009), seuls 9% des professionnels de santé ont reçu une formation sur l'utilisation des interprètes, ce qui peut expliquer que leur utilisation n'est pas perçue comme prioritaire.

Communication verbale et non verbale :

L'acquisition de compétences en communication verbale et non verbale peut permettre de mieux interagir avec un patient de culture et de langue différente (Small & al., 2015 ; Hills, 2009 ; Novak-Zezula & al., 2006 ; O'Reilly-de Brún & al., 2015).

Dans la communication verbale, certains résultats d'études relèvent que simplifier le message, articuler les mots, utiliser des phrases courtes et parler lentement entraîneraient un effet bénéfique sur la compréhension du message par un interlocuteur ne parlant pas bien la langue du pays où il se

trouve (Small & al., 2015 ; Hills, 2009). En outre, Hills (2009) met en évidence, dans son article, l'importance de valider la compréhension du patient en lui demandant de répéter les éléments-clés de ce qu'il a compris. Dans l'étude de Small et al. (2015), le fait que les soignants aient des connaissances sur les phrases clés ou les mots utiles dans la langue du patient a été considéré comme un comportement verbal qui favorise une communication positive. Ces connaissances peuvent s'acquérir grâce à une formation ou un partage entre collègues parlant des langues différentes (Small & al., 2015 ; Novak-Zezula & al., 2006).

Concernant la communication non verbale, Small et al. (2009) décrivent, dans leurs résultats de recherche, que les comportements tels que maintenir le contact visuel, hocher la tête pour montrer son accord et sourire à la personne favorisent une communication efficiente et indiquent une intention positive. Hills (2009), quant à lui, propose plutôt de s'adapter au besoin d'espace personnel et au langage corporel de l'individu car les gestes et les attitudes non verbales n'ont pas les mêmes significations dans toutes les cultures ; un contact visuel prolongé peut signifier un manque de respect dans certaines cultures. Finalement, Small et al. (2015) avancent que bien que la communication non verbale compense parfois le manque de communication verbale, elle est souvent insuffisante pour permettre une communication de qualité.

L'étude de Priebe et al. (2011) souligne dans ses résultats d'autres ressources qui permettraient de développer des compétences en communication interculturelle comme l'utilisation d'internet ; la mise en place de logiciels de traduction en ligne et de pages web de conseils médicaux et d'informations des pays d'origine des patients. En complément, d'autres auteurs proposent de nouvelles technologies, comme des aides visuelles, à utiliser lorsque la communication verbale est insuffisante (O'Reilly-de Brún & al., 2015). Une autre stratégie efficace serait de développer une organisation plus flexible pour pouvoir individualiser la prise en charge des migrants (Priebe & al., 2011). En effet, les praticiens ont rapporté qu'ils avaient ressenti le besoin d'avoir plus de temps, surtout lorsqu'un interprète était impliqué afin de s'assurer que les patients aient été entendus et compris (Priebe & al., 2011).

Empowerment du patient :

Les études de Taylor et al. (2013), de Priebe et al. (2011) et de Devillé et al. (2011) proposent le développement de l'empowerment individuel du patient comme stratégie pour pallier aux obstacles de la communication interculturelle. L'OMS définit l'empowerment comme un « processus qui permet aux individus d'acquérir un meilleur contrôle des actions et des décisions qui influent sur leur santé » (OMS, 1998, pp.6). Ainsi, il devient nécessaire d'accroître les capacités d'agir de l'individu par le développement de son autonomie afin qu'il puisse participer aux décisions sur sa santé

(Taylor et al., 2013). Selon l'étude de Taylor et al. (2013) menée au Royaume-Uni, l'incapacité des migrants à parler la langue nationale ne leur permet pas de développer convenablement leur empowerment. De ce fait, les soignants doivent saisir l'opportunité de fournir une assistance aux patients pour apprendre l'anglais (langue nationale) à la maison. En effet, l'apprentissage de la langue nationale par les migrants serait la meilleure réponse possible à long terme pour augmenter leur empowerment et réduire les barrières linguistiques (Priebe et al., 2011). En opposition, Devillé et al. (2011) soulignent au travers de leur recherche que les informations concernant la santé et les droits des migrants pourraient être données dans leur langue, ce qui permettra également d'augmenter leur empowerment.

5.2 Discussion des résultats

A travers notre question de recherche, nous cherchons à définir les compétences infirmières en communication qui nous permettront d'améliorer notre prise en charge envers les patients migrants. Ainsi, les différentes compétences décrites dans nos articles, tel que développer une sensibilité culturelle, promouvoir la mobilisation d'interprètes, améliorer la communication verbale et non-verbale ainsi que développer l'empowerment du patient vont nous permettre de communiquer avec un réfugié de manière plus appropriée. Plus concrètement, les différents éléments présentés dans la synthèse des résultats vont nous permettre d'acquérir des compétences qui

vont faciliter notre communication face au patient pour ainsi obtenir une meilleure relation de soin. A présent, nous allons faire les liens entre la synthèse des résultats et notre cadre théorique qui est composé de nos concepts-clés ainsi que du modèle de Purnell.

Développer une sensibilité culturelle :

La sensibilité culturelle est une compétence infirmière qui a été relevée dans un nombre important d'articles de recherche analysés. En effet, elle est indispensable pour atteindre des soins culturellement adaptés et va nous permettre, plus concrètement, une meilleure compréhension des comportements et des émotions du patient.

Tout d'abord, il est important de reconnaître qu'il existe plusieurs cultures et pratiques différentes. Nous devons ensuite nous questionner sur nos propres valeurs et pratiques et s'en distancer pour éviter qu'elles n'interfèrent dans notre relation avec le patient (Kietzmann & al., 2015). Dans le même ordre d'idées, Purnell (1998), à travers son modèle transculturel, nous indique qu'il convient de prendre conscience de ses propres valeurs et de ses pensées afin qu'elles n'influent pas sur notre vision du patient. Nous sommes d'avis que, dans notre profession, il est primordial de percevoir les pratiques culturelles d'autrui de manière non jugeante et respectueuse sans les considérer comme erronées même si elles s'éloignent fortement des nôtres. De plus, les résultats obtenus de l'étude de Kietzmann et al. (2015) se rapprochent des trois principes de l'interculturalité définis par

Cohen-Emrique (2011) qui sont : la décentration par rapport à sa propre culture en prenant conscience de son propre cadre de référence, la découverte de celui de l'autre et la médiation culturelle qui est la tentative de trouver un consensus où chacun retrouve le respect.

En outre, le modèle de Purnell nous invite à nous intéresser aux composantes spécifiques de la vie de l'individu telles que les rôles et l'organisation de la famille, les pratiques de soins de santé, la spiritualité ou encore la nutrition. En effet, ces domaines peuvent présenter de grandes variations au niveau des pratiques culturelles et doivent ainsi être intégrés dans le projet de soins. Plaza del Pino et al. (2013) et Priebe et al. (2011) suggéraient l'acquisition de connaissances solides sur les croyances culturelles, les normes, les valeurs et la vision de la santé-maladie des patients grâce à une formation au personnel soignant. Si l'on reprend la définition de la compétence de Le Boterf (1994), il est bien explicité que celle-ci nécessite la mobilisation de nombreux savoirs de manière pertinente et à un moment opportun. Ainsi, il paraît indispensable d'acquérir des connaissances sur la culture de l'autre afin de pouvoir les mobiliser à des moments précis.

Au travers de ce travail, nous comprenons que développer cette sensibilité culturelle est un préalable indispensable afin de communiquer et de surmonter les barrières linguistiques et culturelles. Pour la développer, une connaissance de la culture de l'autre ainsi qu'une attitude ouverte et non

jugeante semblent être des prérequis afin d'y parvenir. En effet, des professionnels focalisés sur leur vision des choses et qui perçoivent le monde à travers leur propres normes et valeurs ne vont pas comprendre ni intégrer le champ de vision de l'autre.

Mobiliser des interprètes :

Pour Zarifian (1999), la compétence s'appuie sur les capacités à mobiliser d'autres intervenants autour des mêmes situations afin d'assumer ensemble les enjeux et les responsabilités. La compétence est aussi la capacité à utiliser des savoirs pertinents à un moment précis (Le Boterf, 1994). Ainsi, lorsque nous avons l'impression qu'une situation nous dépasse par rapport aux ressources dont nous disposons, nous devons mobiliser des ressources complémentaires externes et pertinentes, à un moment opportun. Nous émettons donc l'hypothèse que faire appel à un interprète est une compétence en soi. Le modèle de Purnell exprime également dans son domaine de la communication qu'il est pertinent de faire appel à des services d'interprétation professionnelle pour que la communication soit la plus claire et précise possible (Purnell, 1999). Ainsi, ce modèle se rapproche des résultats des articles que nous avons analysés, qui préconisent l'utilisation d'interprètes professionnels comme moyen sûr afin de communiquer de manière efficiente (Bischoff & al., 2003 ; Bischoff & Denhaerynck, 2010 ; Hudelson & Vilpert, 2009 ; Novak-Zezula & al., 2006 ; Priebe & al., 2011). En effet, Bischoff et al. (2003) signalent que les interprètes professionnels

sont indispensables pour l'évaluation clinique infirmière car ils contribuent à la détection de symptômes graves de patients migrants dans le but de les réorienter vers des soins adaptés. En tant qu'infirmières, nous pensons que nous devons être conscientes de l'importance de l'évaluation clinique dans notre profession car c'est une compétence qui fait partie intégrante de notre rôle propre et nous devons la défendre. Or, manquer des symptômes psychologiques graves chez ces personnes vulnérables par manque de moyens d'interprétation peut être vu comme une faute grave, en référence aux droits fondamentaux (égalité et dignité). Nous devons nous munir d'arguments solides issus d'études scientifiques pour défendre nos idées afin de se doter de moyens efficaces pour faire la meilleure évaluation clinique de l'état de santé de ces patients.

Par ailleurs, le message par rapport à la mobilisation des interprètes ne semble pas être véhiculé comme une priorité dans les services hospitaliers (Hudelson & Vilpert, 2009). Seuls quelques départements des HUG où les services d'interprétations professionnelles sont vivement recommandés les utilisent à bon escient. Nous faisons également l'hypothèse que la plupart des soignants utilisent les interprètes issus de la famille et des amis pour une question de temps et d'organisation. Il paraît en effet plus pratique de solliciter directement un ami ou un frère du patient qui se trouve à proximité plutôt que de faire appel à un interprète professionnel. Nous comprenons aussi que le manque de connaissances sur les fonctions et les compétences

des interprètes est un frein à leur utilisation. En outre, le coût engendré par ces derniers peut également être un élément dissuasif alors que certaines études montrent qu'à plus long terme, l'utilisation d'interprètes professionnels engendrerait des coûts moins élevés pour la santé publique que si l'on n'en utilisait pas (Bischoff & Denhaerynck, 2010). La qualité d'une communication menée par des interprètes professionnels a été largement démontrée ; la satisfaction des patients s'est améliorée, la compréhension mutuelle patient-infirmier a augmenté, la continuité des soins a pu être assurée et les résultats concernant la santé des personnes concernées ainsi que la qualité des soins se sont vus améliorés (Bischoff & al., 2003 ; Hudelson & Vilpert, 2009 ; Novak-Zezula & al., 2006 ; Small & al., 2015).

Acquérir des compétences en communication verbale et non verbale :

Les résultats soutiennent qu'une communication culturellement adaptée nécessite de développer des stratégies spécifiques qui prennent en compte la sensibilité ainsi que l'écoute de l'autre, dans sa dimension culturelle. A travers son modèle, Purnell (1998) précise que la communication est un domaine vaste et complexe qui requiert des aptitudes verbales et non verbales spécifiques. En nous appuyant sur nos résultats d'articles, nous constatons l'importance d'adopter des moyens de communication adaptés tant verbaux que non verbaux afin d'aboutir à une compréhension qui permet de mieux cerner les besoins des patients pour qu'ils se sentent pris

en charge adéquatement. Par ailleurs, les auteurs nous disent que si nous n'adoptons pas de comportements d'ouverture à l'autre, visant à comprendre le patient dans sa globalité, cela entraînerait des malentendus biaisant les prises en charges, ce qui aboutirait ainsi à une non-compliance aux traitements, des erreurs de diagnostics et un non-respect des valeurs et de la dignité des patients (Bischoff & al., 2003 ; Taylor & al., 2013). Il existe en effet certains éléments qui facilitent la communication verbale et non verbale, qui ne peuvent être mis en place qu'à condition de connaître les croyances et les normes culturelles de l'autre. Nous avons ainsi appris que la distance interpersonnelle, le mouvement du corps, le ton de la voix ou le toucher ont une toute autre signification suivant la culture, ce pourquoi l'infirmière doit y être attentive. Ting-Toomey (2007), qui a écrit un article sur la communication interculturelle, avance que la manière de s'exprimer varie d'une culture à l'autre et que le style de communication influence nos attitudes et comportements. Être capable d'adapter son style de communication ainsi que d'identifier les codes non verbaux qui découlent des valeurs et des normes du patient est, selon Ting-Toomey (2007), signe de compétence en communication interculturelle.

Finalement, avoir recours à d'autres stratégies de communication telles que l'utilisation de logiciels internet ou d'aides visuelles, fait partie intégrante du rôle infirmier. En effet, en tant que professionnels, nous pourrions utiliser

des images qui illustrent les informations que nous aurions à transmettre au patient ou des logiciels de traduction.

Favoriser l'empowerment du patient :

Une des compétences clé dans le domaine de l'interculturalité est le développement de l'empowerment. Cette compétence consiste à promouvoir les capacités du patient à prendre des décisions sur sa santé. Ainsi, pour permettre au patient d'acquérir cette aptitude, il est important de lui fournir toutes les informations utiles et nécessaires afin qu'il devienne acteur de sa prise en charge. De ce fait, certains auteurs recommandent de permettre aux migrants l'apprentissage de la langue dominante du pays (Priebe & al., 2011 ; Taylor & al., 2013). En outre, nous pensons important, en tant que futurs professionnels, de transmettre adéquatement les informations au patient concernant son hospitalisation et sa situation de santé, tout en nous assurant que le patient ait compris. Nous pourrions, par exemple, lui expliquer sa situation de santé en utilisant des mots de sa langue maternelle grâce à un logiciel de traduction. Ainsi, il pourra acquérir un meilleur contrôle sur les décisions et les actions qui influencent sa santé ; en effet, personne n'est plus expert de son corps et de sa maladie que lui-même.

En conclusion, l'auteur Ting-Toomey (2007) avance que la communication est le fondement de notre profession infirmière. En effet, lorsqu'une communication est efficiente, c'est-à-dire lorsqu'elle permet d'échanger des messages, des idées et des informations de manière

concrète, elle permet une prise en charge de meilleure qualité (Bischoff & al., 2003 ; Novak-Zezula & al., 2006). Nous comprenons ainsi que la communication est fondamentale dans notre profession car les soins que nous prodiguons doivent répondre à une certaine qualité, sans laquelle nous ne pourrions prétendre respecter l'éthique infirmière. La qualité des soins requiert, entre autres, une qualité de contacts humains, une qualité de raisonnement médical et infirmier et une qualité de la continuité des soins (OMS, 2013). Ainsi, notre interprétation nous fait penser qu'une communication insuffisante ne permettrait pas de percevoir une qualité dans les soins, comme le mentionne aussi Novak-Zezula et al. (2006).

5.3 Perspectives et propositions pour la pratique

Promouvoir le développement d'une sensibilité culturelle :

Nous avons réalisé, à travers ce travail, que la création d'un environnement de pratique positive est important pour influencer le changement de comportement. Nous pensons ainsi qu'un service qui sensibilise ses collaborateurs aux diversités culturelles et plus spécifiquement à la communication interculturelle, sera plus enclin à répandre cette « culture de service » au niveau de toute l'institution. Pour en arriver là, des activités spécifiques sous forme de colloques ou de débriefing au niveau des services seront nécessaires pour renforcer cette politique et la mettre en pratique. En complémentarité aux cours sur l'interculturalité en formation de base en

soins infirmiers, il serait pertinent de faire des cours de rappel sur les notions de prise de distance par rapport à ses propres valeurs et croyances, comme le proposaient certains des auteurs (Plaza del Pino & al., 2013 ; Priebe & al., 2011). En effet, la formation systématique et continue du personnel sur les compétences interculturelles est importante pour influencer la culture institutionnelle (Hudelson & Vilpert, 2009). De plus, il faudrait fournir des cours qui enseignent la compréhension de certaines pratiques en lien avec les valeurs culturelles d'individus issus d'origines ethniques fréquemment rencontrées. Ainsi, les soignants pourraient mieux comprendre l'origine et le sens de certaines pratiques culturelles.

Encourager la mobilisation d'interprètes professionnels :

Pour promouvoir l'utilisation des services d'interprètes professionnels dans les hôpitaux, il y a certains éléments au niveau macroscopique qui doivent être développés. Sur mandat du secrétariat d'état aux migrations (SEM), Emch-Fassnacht (2016) a conçu des recommandations sur la mobilisation d'interprètes à partir de treize cas étudiés dans des institutions en Suisse. Tout d'abord, nous relevons dans cet article qu'il est important, au niveau fédéral, de reconnaître la diversité culturelle de la population ainsi que l'importance de l'interprétation professionnelle pour les institutions de santé. En outre, les cantons devraient créer et exposer, de manière transparente, les possibilités de financement et d'ancrage des interprètes au niveau institutionnel. Par conséquent, l'ancrage structurel sur l'utilisation des

services d'interprètes, une prise de position claire par la Confédération et les cantons sur la gestion des diversités culturelles ainsi que la standardisation des interventions au niveau des institutions contribueront à favoriser l'utilisation d'interprétation professionnelle (Emch-Fassnacht, 2016). Pour les institutions, l'affiche d'informations visibles dans les services concernant les services d'interprètes (droits des patients, informations sur les contacts...) est une pratique qui favorisera probablement le recours aux interprètes professionnels (Hudelson & Vilpert, 2009).

Finalement, les articles que nous avons analysés soulignent la nécessité d'une formation au personnel sur « comment et pourquoi » avoir recours aux interprètes professionnels. En effet, les soignants ne connaissent pas forcément les fonctions et les compétences des interprètes professionnels ainsi que les procédures pour y faire appel. De ce fait, nous émettons l'hypothèse que ne pas connaître ni reconnaître les compétences d'un intervenant ne permet pas de travailler avec lui en interdisciplinarité. Pour les institutions qui désirent déléguer la fonction d'interprète à son personnel soignant, Bischoff et al. (2003) leur proposent de former leur personnel à l'interprétation interculturelle.

Permettre l'acquisition de compétences en communication verbale et non verbale :

Small et al. (2015) proposent des formations pour les soignants afin qu'ils acquièrent des connaissances sur des phrases clés ou des mots utiles dans la

langue du patient. Ce procédé nous semble toutefois difficilement réalisable au vu des variétés culturelles et linguistiques que nous retrouvons actuellement dans nos pays. De plus, nous estimons que nous avons passablement de cours sur les habiletés relationnelles en formation de base qui nous enseignent à adapter notre langage et notre posture professionnelle en fonction du patient. Or, l'introduction de cours de rappel sur ces habiletés-là sous forme de formation continue serait une piste pour les institutions. Nous sommes donc d'avis que la simplification du message, l'articulation des mots ou l'utilisation de phrases courtes seraient des aptitudes relationnelles à promouvoir dans ces formations continues ainsi que des propositions intéressantes pour les soignants.

Une formation sur les habiletés relationnelles non verbales pourrait aussi être envisagée pour les soignants qui sont directement confrontés aux réfugiés. En effet, les sensibiliser au pouvoir de la communication non verbale peut être une proposition pertinente pour la pratique. Certains soignants n'ont probablement pas conscience de l'impact de leur non verbal sur le patient et cette formation en communication leur permettrait d'être plus attentifs à ces habiletés, surtout en situation d'interculturalité. La communication non verbale a en effet beaucoup d'importance par rapport à notre problématique, car les migrants seront plus attentifs et réceptifs au non verbal lorsqu'ils ne parviennent pas à comprendre le langage verbal. Ainsi, l'amélioration des aptitudes verbales et non verbales en communication

interculturelle permettra sans doute l'adoption d'une attitude plus ouverte des soignants, propice à une meilleure compréhension générale.

Par ailleurs, les institutions pourraient promouvoir l'utilisation de supports techniques en mettant en place des ressources matérielles. Pour illustrer ce dernier point, introduire des logiciels de traduction dans les ordinateurs des services ayant un dossier de soins informatisé peut être une idée. De plus, l'instauration de tablettes tactiles peut être envisageable : des logiciels de traduction en ligne avec possibilité de faire écouter la traduction à haute voix, des applications où le patient peut dessiner ce qu'il souhaite nous communiquer, ou encore des illustrations imagées pour pallier aux obstacles linguistiques.

Favoriser l'empowerment du patient :

Actuellement, travailler sur l'empowerment des réfugiés paraît être un enjeu central dans nos sociétés. Ces personnes nouvellement arrivées dans un pays n'ont que très peu de ressources et ne connaissent pas leurs droits. Ainsi, promouvoir l'autonomisation de ces personnes est une intervention qui paraît centrale. L'accès aux services de soins de santé ainsi que les processus de prises de décisions peuvent être limités par les discriminations auxquelles les réfugiés sont confrontés. Les pays qui accueillent des réfugiés doivent donc agir en amont et en aval pour permettre une bonne intégration de ces derniers. Promouvoir l'apprentissage de la langue et l'intégration professionnelle dès leur arrivée permettra sans aucun doute d'augmenter

indirectement leur empowerment. En effet, si la société décide d'octroyer plus de pouvoir aux réfugiés pour qu'ils puissent agir sur leurs conditions sociales, économiques ou politiques, cela leur permettra de sentir qu'ils ont un pouvoir sur leur vie et seront plus aptes à vouloir la contrôler, même dans un pays où ils ne possèdent que très peu de ressources.

En tant qu'infirmière, il s'agira de promouvoir cette empowerment tout au long de l'hospitalisation des réfugiés. Rappeler leur droit et renforcer leur autonomie ainsi que leur capacité d'agir sont des actions qui peuvent être bénéfiques pour le patient. Par exemple, le rôle infirmier propre sera d'orienter les migrants vers des structures d'aides comme des centres sociaux d'intégration des réfugiés (CSIR dans le canton de Vaud) pour promouvoir leur intégration.

En conclusion, nous mettons en évidence que les institutions de soins ainsi que la société globale ont un rôle important à jouer dans la mise en place et le développement de moyens qui contribueront à étoffer les compétences interculturelles en termes de communication avec les réfugiés, dans le but d'améliorer la qualité des soins. La société, de manière globale, a probablement encore des actions à mettre en place dans le développement de l'empowerment des réfugiés et dans l'amélioration de leur prise en charge à l'hôpital. En nous basant sur les études que nous avons analysées, l'identification des besoins en formation des services ainsi que des besoins financiers, organisationnels, fonctionnels et matériels de la part des

institutions paraissent nécessaires afin de promouvoir une communication efficiente avec les migrants. Finalement, il faut savoir qu'il y a toujours des enjeux culturels qui influencent largement la relation et qui vont bien au-delà des mots.

Chapitre 6 : Conclusion

Apports du travail de bachelor :

Notre travail de bachelor nous a apporté des pistes de réflexions sur notre propre pratique professionnelle, ainsi qu'un questionnement sur le fonctionnement des institutions quant à la problématique de la communication interculturelle. Par ailleurs, notre recherche nous a permis d'explorer le concept d'interculturalité dans la communication sous plusieurs angles. En effet, l'interculturalité regroupe des compétences que nous qualifions importantes d'acquérir dans notre pratique en raison de la diversité culturelle présente dans le domaine des soins, particulièrement en cette période de flux migratoire accentuée. Ce travail de recherche nous a également permis de mieux cerner l'importance d'individualiser les soins en y intégrant la culture, les croyances, les représentations, les rites, les coutumes ainsi que les valeurs qui définissent les patients. En effet, ces éléments représentent un besoin et un droit fondamental, essentiels à chaque être humain et ne doivent nullement être négligés.

D'autre part, au travers de notre analyse, nous nous sommes rendu compte que l'acquisition de compétences culturelles est un processus de longue durée, nécessitant un développement de notre propre réflexivité culturelle et impliquant des connaissances suffisantes ainsi qu'une adaptation aux différences. Plus concrètement, ce travail se révèle être une réelle prise de recul sur nos propres valeurs et notre culture, ce qui nous permettra sans

doute de développer des aptitudes en communication interculturelle dans l'idée de mieux appréhender les situations de soins. Ces compétences contribueraient ainsi à construire notre rôle et notre identité professionnelle en plus de nous permettre d'être dans une posture de bienveillance.

Somme toute, en nous appuyant sur les résultats de notre travail, nous pouvons confirmer que la qualité de la prise en charge dépend considérablement des compétences en communication du soignant. En effet, celles-ci englobent, dans notre étude, différents aspects tels que la sensibilité culturelle, la mobilisation d'interprètes, les aptitudes de communication verbale et non verbale ainsi que le développement de l'empowerment des patients. De plus, grâce à ce travail, nous serons plus disposées à avoir recours à la recherche dans notre future carrière professionnelle.

Éléments facilitants :

Elaborer ce travail de Bachelor par groupe de trois étudiantes a été très enrichissant car chacune de nous a pu apporter sa vision, son savoir et ses expériences personnelles au sujet de l'interculturalité. La dynamique positive de groupe ainsi que notre manière semblable de travailler ont été des éléments ayant facilité l'élaboration de ce travail. Cette recherche a été très instructive pour nous car, en effet, nous n'imaginions pas que la communication interculturelle pouvait être un domaine aussi varié et enrichissant.

Éléments contraignants et limites du travail :

Toutefois, nous avons également rencontré certaines difficultés lors de l'élaboration de ce travail. De prime abord, étant donné qu'il s'est effectué sur deux ans de formation, entrecoupés de périodes de stages et d'examens, il était parfois difficile de garder un rythme permettant d'avancer de manière régulière et adéquate. En outre, nous avons déterminé certaines limites par rapport à ce travail de recherche. Il a été compliqué, pour nous, de trouver des articles sur les bases de données qui traitaient spécifiquement du sujet des réfugiés par rapport à la communication interculturelle et nous avons dû retenir des études qui concernaient une population plus globale ; celle des migrants. De ce fait, nous avons élargi notre population par rapport à celle ciblée lors de la formulation de notre question PICO(T).

Perspectives pour la recherche :

Nous espérons vivement que les recherches sur le sujet de la communication interculturelles vont se poursuivre afin d'apporter de nouveaux résultats probants à la pratique infirmière. Nous avons réalisé, par notre travail de recherche, que l'avis des migrants face à cette communication soignant-soigné est encore trop peu pris en compte et qu'il serait judicieux de recueillir plus systématiquement leur vision sur les soins qui leur sont prodigués. En complément, nous pensons qu'il serait pertinent de réaliser une étude sur des soignants suivant une formation sur la sensibilité culturelle, afin de comparer l'appréciation des soins par les

migrants avant et après la mise en place de cette formation. De plus, il serait intéressant de pouvoir suivre l'évolution et les avantages des formations en soins interculturels sur plusieurs mois, voire même plusieurs années. Par ailleurs, nous avons réalisé que le rôle propre infirmier n'est pas suffisamment inclus dans les études et qu'il serait pertinent de comprendre, plus concrètement, les actions spécifiques qu'une infirmière peut mettre en place afin de communiquer avec les patients de manière culturellement congruente.

Chapitre 7 : Références

Articles analysés selon la grille de Fortin (2010) :

Bischoff, A., Bovier, P. a., Isah, R., Françoise, G., Ariel, E., & Louis, L. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: Their impact on symptom reporting and referral. *Social Science and Medicine*, 57, 503–512. doi:10.1016/S0277-9536(02)00376-3.

Bischoff, A., & Denhaerynck, K. (2010). What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BioMed Central Health Services Research*, 10, 1–7. doi:10.1186/1472-6963-10-248.

De Brún, T., de-Brún, M. O. R., van Weel-Baumgarten, E., van Weel, C., Dowrick, C., Lionis, C., ... MacFarlane, A. (2015). Guidelines and training initiatives that support communication in cross-cultural primary-care settings: Appraising their implementability using normalization process theory. *Family Practice*, 32(4), 420–425. doi:10.1093/fampra/cmz022.

Devillé, W., Greacen, T., Bogic, M., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., ... Priebe, S. (2011). Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC Public Health*, 11, 699. doi:10.1186/1471-2458-11-699.

Hudelson, P., Vilpert, S., Lavizzo-Mourey, R., Harmsen, J., Bernsen, R., Bruijnzeels, M., ... Hsieh, E. (2009). Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices. *BMC Health Services Research*, 9, 187. doi:10.1186/1472-6963-9-187.

Kietzmann, D., Hannig, C., & Schmidt, S. (2015). Migrants' and professionals' views on culturally sensitive pre-hospital emergency care. *Social Science and Medicine*, 138, 234–240. doi:10.1016/j.socscimed.2015.06.022.

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, 371. doi:10.1186/s12913-015-1024-8.

Novak-Zezula Sociologist, S., Scientist, S., Schulze, B., Karl-Trummer Sociologist, U., Scientist Karl Krajic Sociologist, S., rgen Pelikan Professor, J. M., ... Karl-Trummer, U. (2005). Improving interpreting in clinical communication: models of feasible practice from the European project "Migrant-friendly Hospitals." *Diversity in Health and Social Care*, 2, 223–32.

O'Reilly-de Brún, M., MacFarlane, A., de Brún, T., Okonkwo, E., Bonsenge Bokanga, J. S., Manuela De Almeida Silva, M., ... van Weel, C. (2015). Involving migrants in the development of guidelines for communication in cross-cultural general practice consultations: a participatory learning and action research project. *BMJ Open*, 5, e007092. doi:10.1136/bmjopen-2014-007092.

Phillips, C., & Huang, Y-T. (2009). Telephone interpreters in general practice. *Australian family physician*, 38(6), 443–446.

Plaza Del Pino, F. J., Soriano, E., & Higginbottom, G. M. (2013). Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain: a focused ethnography. *BMC Nursing*, 12, 14. doi:10.1186/1472-6955-12-14.

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., ... Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11(1), 187. doi:10.1186/1471-2458-11-187.

Small, J., Chan, S. M., Drance, E., Globerman, J., Hulko, W., O'Connor, D., ... Ho, L. (2015). Verbal and nonverbal indicators of quality of communication between care staff and residents in ethnoculturally and linguistically diverse long-term care settings. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 30, 285–304. doi:10.1007/s10823-015-9269-6.

Taylor, S. P., Nicolle, C., & Maguire, M. (2013). Cross-cultural communication barriers in health care. *Nursing Standard (through 2013)*, 27(31), 35–43. doi:10.7748/ns2013.04.27.31.35.e7040.

Upvall, M. J., & Bost, M. Lou. (2007). Developing cultural competence in nursing students through their experiences with a refugee population. *The Journal of Nursing Education*, 46, 380–383.

Livres :

Andrews, M. M., & Boyle, J.S. (2003). *Transcultural concepts in nursing care*. Philadelphia : J.B. Lippincott.

Basford, L., & Slevin, O. (2003). *Theory and practice of nursing : an integrated approach to caring practice*. Cheltenham : Nelson Thornes.

Boissières-Dubourg, F. (2014). *De la maltraitance à la bientraitance*. Paris : Editions Lamarre.

Carré, P., & Caspar, P. (1999). *Traité des sciences et des techniques de la formation*. Paris : Dunod.

Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. St. Louis : Mosby Elsevier.

Cohen-Emerique, M. (2011). *Pour une approche interculturelle en travail social : théories et pratiques*. Rennes : Presses de L'EHESP.

Courbot, C. (1999). *De l'acculturation aux processus d'acculturation, de l'anthropologie à l'histoire*. Paris : publications de la Sorbonne.

Fortin, F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière éducation.

Le Boterf, G. (1994). *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange*. Paris : Les Éditions d'organisation.

Lévy, I. (2013). *Guide des rites, cultures et croyances : à l'usage des soignants*. Paris : De Boeck Estem.

Mehrabian, A. (2007). *Nonverbal communication*. Londres : Aldine Transaction.

Newman Giger J., & Davidhizar, R.E. (1998). *Soins infirmiers interculturels, recueil de données et actions de soins*. Paris : Editions Lamarre.

Pépin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal : Chenelière éducation.

Potter, A. P., & al. (2012). *Fundamentals of nursing*. St. Louis : Mosby.

Rogers, M. E., & Steinfatt M. T. (1999). *Intercultural Communication*. Illinois : Waveland Press.

Schmitt, M. (2014). *Bienveillance et qualité de vie*. Paris : Elsevier Masson.

Tison, B. (2007). *Soins et cultures. Formation des soignants à l'approche interculturelle*. Paris : Masson.

Watson, J. (2007). *Nursing : Human science and human care : a theory of nursing*. Sudbury Mass. : Jones & Bartlett Publishers.

Zarifian, P. (1999). *Objectif compétence. Pour une nouvelle logique*. Paris : Editions liaisons.

Références électroniques :

Emch-Fassnacht, L. (2016). L'importance de l'interprétariat communautaire dans les institutions de la collaboration institutionnelle (CII) : pratique actuelle et recommandations formulées à partir de treize cas étudiés. Etude réalisée sur mandat du Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM) à l'intention des comités nationaux CII aux fins d'encourager le recours à l'interprétariat communautaire en vue d'améliorer la qualité du conseil dans les structures ordinaires. *Interpret.* Accessible à <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/integration/foerderung/iiz/iiz-ikd-res-f.pdf>

Schoeffel, V., & Thompson, P. (2007). *Communication interculturelle. Centre d'information, de conseil et de formation Professions de la coopération internationale.* Accessible à : http://www.ymca.int/fileadmin/library/6_Communications/1_General_Tools/Communication_interculturelle_1.pdf

White, J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4). Accessible à : http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/1995/06000/Patterns_of_knowing_Review_critique_and_update.7.aspx

Organisation :

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. (2012). Enquête nationale 2012 « Bientraitance des personnes accueillies en Maisons d'accueil spécialisées et en Foyers d'accueil médicalisé ». Saint-Denis : ANESM.

Eurostat. (2016). Demande d'asile dans les Etats membres de l'UE. Luxembourg : Service de presse d'Eurostat.

Office fédéral de la santé publique. (2013). Migration et Santé. Berne.

Organisation mondiale de la santé. (2006). Documents fondamentaux : constitution de l'organisation mondiale de la santé. Ottawa : Organisation mondiale de la santé (OMS) & Santé et Bien-être Canada.

Articles de revue périodique :

Berthel, M. (2006). Bientraitance des personnes âgées dépendantes. *Guide Mobiquel du Ministère de la Santé*.

Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS. Advances in nursing science*, 1(1), 13-23.

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

Delamaire, M-L., & Lafortune, G. (2010). Nurses in advanced roles. *Antares Health Lines*.

Donaldson, S., & Crowley, D. (1978). The discipline of nursing. *Nursing outlook*, 113-120.

Emch-Fassnacht, L. (2016). L'interprétariat communautaire dans les institutions de la CII. *Sécurité sociale CHSS*, 3, 49-53.

Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Journal of nursing scholarship*, 16(3), 84-80.

Gajo, L., Molina, M. E., Graber, M. & D'Onofrio, A. (2001). Communication entre soignants et patients migrants: quels moyens pour quels services? *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 74, 153-174.

Graber, M. (2002). Communication interculturelle à l'hôpital : réflexion autour de la médiation. *Travaux neuchâtelois de linguistique*, 36, 113-122.

Hills, L. S. (2009). 25 tips for working through language and cultural barriers in your medical practice. *Medical practice management*, 24(4), 244-247.

Longerich, B. (2014). Santé des migrants : De la culture des soins aux soins des cultures. *Soins infirmiers*, 6, 60-61.

Moulias, R. (2008). Prévention des maltraitances en institution médico-sociale. *Gérontologie*, 145.

Narcy-Combes, M.F. (2009). Développer la compétence interculturelle : un défi identitaire. *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité*, 28(1), 93-104.

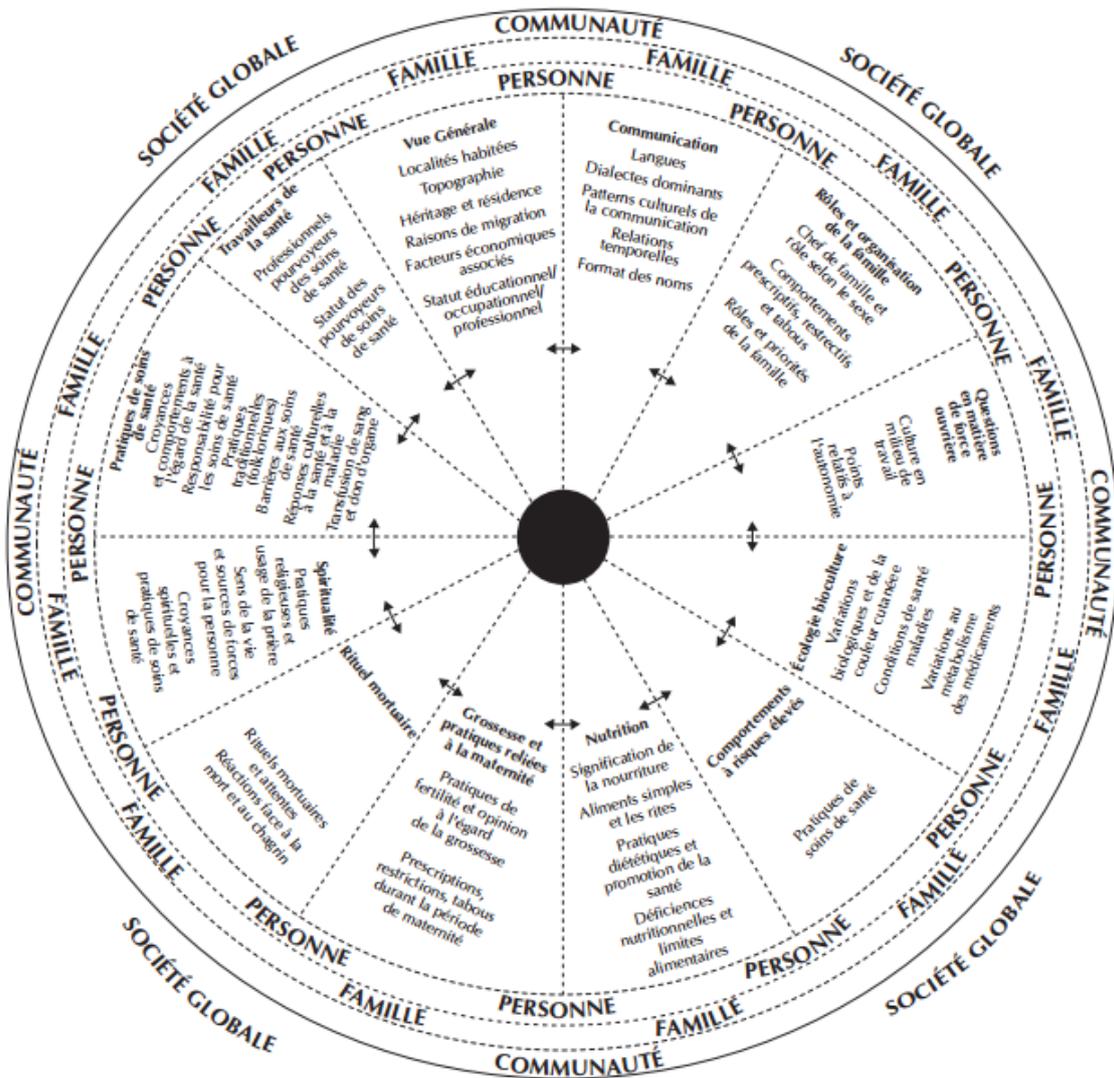
Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357.

Thiederman, S. B. (1986). Ethnocentrism : a barrier to effective health care. *Nursing practice*, 11, 52-59.

Yuste Frías, J. (2014). Interculturalité, multiculturalité et transculturalité dans la traduction et l'interprétation en milieu social. *Monografías de Çédille*, 4, 91-111.

Chapitre 8 : Annexes

Annexe 1



Inconsciemment
incompétent

Consciemment
incompétent

Consciemment
compétent

Inconsciemment
compétent

Adapté avec la permission de L. Purnell, Newark, Del., Traduit par G.Coutu-Wakulczyk, 1999

Annexe 2

Article 1: Developing cultural competence in nursing students through their experiences with a refugee population (Upvall & al., 2007)

Éléments d'évaluations	
Titre	Le titre précise les concepts clés « développer les compétences interculturelles » chez les « étudiants en soins infirmiers » à travers leur « expérience ». La population est donc précisée, ce sont les « étudiants en soins infirmiers » et les « réfugiés ».
Résumé	Le résumé reprend les points principaux de la problématique et de la méthode. Par contre, la discussion est brièvement citée et les résultats manquent dans ce résumé.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le phénomène lié à l'étude est formulé. Il s'agit pour les étudiants infirmiers de développer des compétences en interculturalité. En effet, les auteurs avancent que souvent, les étudiants en soins infirmiers ont des cours sur les compétences interculturelles mais ont très peu d'expériences pratiques avec des patients d'autres cultures. Cela crée des lacunes dans la formation des étudiants en soins infirmiers et à la préparation de ces derniers pour leur pratique professionnelle.</p> <p>Ce problème est très pertinent dans le contexte des connaissances actuelles. En effet, les études qui travaillent sur l'interculturalité dans les soins se basent dans la majorité des cas sur des expériences pratiques avec des infirmières diplômées. Or, traiter le problème par la racine (la formation de base) peut être très intéressant pour la suite. En effet, si la formation semble lacunaire par rapport aux compétences interculturelles, y remédier pourrait être intéressant pour la suite : l'étudiant en soins infirmiers étant plus sensibilisé à la culture de l'autre et ayant plus de compétences interculturelles à faire valoir, sera probablement plus enclin à l'être par la suite, en tant qu'infirmier diplômé.</p>
Recension des écrits	Des recherches antérieures ont été citées et utilisées par l'auteur. Elles donnent des définitions importantes sur les compétences culturelles et viennent soutenir la problématique émise par l'auteur. Elles font ainsi état des lieux des connaissances dans le domaine et justifient la recherche. Nous avons l'impression que l'auteur semble avoir des bases solides pour son étude et il les utilise à bon escient.

<p>Cadre de recherche</p>	<p>Le concept-clé, qui est la « compétence culturelle » est clairement mis en évidence et défini par l’auteur et par la recension des écrits. La compétence culturelle a été définie par Smith (1998) comme un processus continu de sensibilisation culturelle, de connaissances, de compétences, d’interaction et de sensibilité chez les soignants et les services qu’ils fournissent. Le modèle de compétence culturelle de Campinha-Bacote (2003) qui intègre les concepts majeurs de conscience, de connaissances, de compétences et d’interaction peut servir de modèle cadre pour guider les expériences cliniques de ces étudiants car il met en avant le désir culturel et la motivation pour les infirmières d’expérimenter le processus de compétence culturelle.</p> <p>Ce concept-clé est directement lié au but de l’étude, qui espère promouvoir le développement de compétences culturelles chez ces élèves, avec un modèle cadre qui peut servir de guide. (Voir but ci-dessous).</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l’étude est énoncé de façon claire et concise. Le but de cette dernière est d’explorer les expériences des étudiants en soins infirmiers dans leur visite clinique avec ces réfugiés somaliens nouvellement arrivés. Ainsi, l’étude espère aider les étudiants à développer des compétences culturelles. En effet, les auteurs émettent l’hypothèse que la formation en soins infirmiers n’est pas suffisamment poussée dans l’enseignement pratique des compétences culturelles car il manque l’expérience clinique.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population visée est précisée dans l’introduction mais pas dans la partie « méthode ». Il s’agit d’étudiants venant d’une université en Pennsylvanie. La population des réfugiés est originaire de Somalie. Il s’agissait de 180 Somaliens qui ont participé à l’étude. Ces réfugiés originaires de Somalie ont commencé à arriver sur le sol américain en février 2005. Ils avaient vécu dans des camps au Kenya après avoir échappé à la guerre en Somalie. Depuis les années 90, les réfugiés somaliens se sont déplacés à travers les Etats-Unis et constituent l’un des plus importants groupes d’immigration.</p> <p>Nous avons peu d’informations sur l’échantillonnage. Nous ne connaissons que l’origine des migrants et la raison de leur arrivé aux Etats-Unis, sans connaître la date de leur arrivée, leur âge ou leur sexe. Nous connaissons le nombre de réfugiés mais nous ignorons s’ils sont représentatifs de cette population de migrants. En effet, l’étude qualitative met l’accent sur les perceptions des étudiants et il est vrai que l’analyse se base sur ces derniers plutôt que sur les réfugiés. Nous connaissons le nombre d’étudiants par groupes qui ont participé à l’étude ; il s’agit de 5 étudiants par groupes. Nous ne savons pas combien de groupes il y a en tout mais nous supposons</p>

	<p>qu'il y en a deux. Nous ignorons si l'échantillonnage est représentatif des étudiants de cette volée mais nous pensons qu'il n'aurait pas été pertinent d'en choisir plus que 5 car plus le groupe aurait été grand, moins les échanges auraient été constructifs, que ce soit vis-à-vis des réfugiés ou entres étudiants. Nous ne savons pas non plus sur quelles bases l'auteur à déterminer la taille de l'échantillon.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les auteurs expliquent que le conseil d'examen institutionnel de l'université a approuvé cette étude et chaque élève a pu signer un formulaire de consentement qui leur garantit la confidentialité et le fait que la participation ou le retrait à tout moment de l'étude n'aurait aucune incidence sur leurs notes. De ce fait, l'étude a été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants.</p> <p>Par contre, il n'y a pas de précisions quant aux considérations éthiques en lien avec les réfugiés somaliens.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>L'étude est qualitative. Elle se base sur l'expérience des étudiants (phénoménologie). Ces groupes d'interaction se sont rencontrés avant et après l'expérience clinique.</p> <p>L'étude a été approuvée par le conseil d'examen de l'université. Le devis est tout à fait adapté pour répondre aux questions de recherche. En effet, les auteurs souhaitent analyser les perceptions, les expériences et les impressions des étudiants afin d'en faire ressortir les principales thématiques après l'analyse. Par rapport au but de la recherche qui est d'améliorer les compétences culturelles des étudiants, la recherche qualitative est également appropriée. De plus, la méthode employée est « inductive » et de nombreuses études ont prouvé l'efficacité de l'apprentissage par expérience. Le fait qu'il y ait des groupes de parole permet aux auteurs de passer suffisamment de temps auprès des étudiants.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont clairement décrits et permettent selon nous de mesurer les différentes variables. Les principaux moyens utilisés pour explorer les expériences des élèves avec les réfugiés ont été les groupes de discussion et les portfolios des étudiants. En effet, certains auteurs émettent l'hypothèse que les groupes de discussion développent des perceptions grâce à l'interaction entre les membres groupe et les échanges sont plus riches que si on interviewait les étudiants séparément (Morse & Field, 1996). Des groupes de discussion ont donc été menés avec tous les élèves (n=5). Après l'expérience clinique, les étudiants ont pu résumer leurs expériences et prioriser les besoins des réfugiés. Ils ont également pu discuter des obstacles qui ont affecté leur travail avec les réfugiés afin de suggérer des recommandations pour les futurs étudiants. Chaque groupe s'est réuni 1 à 2 heures. Les échanges ont</p>

	<p>été enregistrés par audio pour la transcription et l'analyse.</p> <p>Les questions de recherche ont ainsi bien été posées et elles ont été respectées et consignées par la suite. L'auteur n'indique par contre pas si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils ont été importés. La procédure expérimentale est tout à fait cohérente avec les outils utilisés. Les auteurs parlaient de recherche qualitative et ces outils-là concordent précisément avec les buts d'une recherche qualitative. On ne cherche pas ici à « quantifier » mais bien à « qualifier » les retours de ces étudiants.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte de données est décrit. Les échanges ont été enregistrés par audio pour la transcription et l'analyse. Tous les portfolios ont été récupérés afin de les analyser.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites de manière précise. Les échanges ont été enregistrés par audio pour la transcription et l'analyse. Les portfolios (pratique réflexive des étudiants) ont été analysés. Ces documents contiennent les impressions des étudiants sur leur travail avec les réfugiés et cela vient valider les résultats des groupes de discussion. Les chercheurs ont codé les données de la réunion du groupe de discussion après la transcription des entretiens. Ce processus de codage réflexif consistait à examiner les données ligne par ligne afin d'identifier les « patterns », qui ont ensuite été classifiés par des codes spécifiques. Les portfolios et les documents réflexifs ont été comparés avec les codes spécifiques issus de l'analyse des groupes.</p> <p>Il n'y a pas de résumé des résultats dans la partie « méthode ».</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont résumés à l'aide d'un texte narratif. Les étudiants se sont trouvés confrontés à de nombreux défis mais ont su démontrer une évolution professionnelle lors de leur rencontre avec les familles de réfugiés somaliens</p> <p>Leur expérience a été classée en 3 phases, avec des composantes distinctes au sein de chaque phase. L'expérience de chaque élève dans les composantes a influencé sa réponse dans les phases ultérieures et a permis de vérifier l'applicabilité du modèle de compétence culturelle (Campinha-Bacote, 2003).</p> <p><u>Phase 1 : phase avant le contact</u> : cette phase a permis d'examiner l'affectif des élèves afin de s'informer de leurs affects vis-à-vis des familles de réfugiés somaliens, des expériences passées avec des personnes de culture différente et des activités d'orientation avant la première visite. Le désir culturel était évident avant leur première visite et les étudiants avaient beaucoup d'enthousiasme et étaient pressés de pouvoir apprendre plus de chose sur cette population</p>

unique.

Le 2^{ème} groupe a visité d'autres familles par rapport au 1^{er} groupe. En plus de l'orientation habituelle, ils ont eu l'avantage de bénéficier d'une orientation formelle menée par la personne du centre des réfugiés. Cette orientation a permis aux étudiants d'interagir de manière plus significative avant de commencer l'expérience. Ils ont développé une meilleure compréhension de la façon dont d'autres organismes communautaires travaillent déjà avec les familles somaliennes. Ce 2^{ème} groupe a également mené une revue de littérature.

Phase 2 : la phase d'interaction : 2 composantes de cette phase se sont produites simultanément au fur et à mesure que les élèves interagissaient avec les familles somaliennes.

1^{er} composante : les étudiants devaient traiter les problèmes auxquels ils étaient confrontés. Ces questions comprenaient la communication avec les réfugiés, les différences culturelles et la façon de collaborer avec les organismes communautaires.

2^{ème} composante : la mise en œuvre. Les étudiants ont dû gérer leur travail avec les familles et les autres étudiants, réfléchir à leur propre croissance personnelle et travailler avec diverses organisations communautaires. La sensibilisation culturelle, les connaissances et les compétences ont été développées au cours de cette phase. Les connaissances théoriques étudiées en phase 1 ont été affinées car les étudiants les ont appliquées.

Par contre, traiter les problèmes et travailler avec les autres a été problématique en raison de la barrière linguistique. Les réfugiés n'avaient que des connaissances limitées de l'anglais et étaient analphabètes dans leur propre langue. Il n'y a pas eu d'interprète disponible lors de leur visite à domicile. Les élèves ont utilisé des gestes manuels, des images et des répétitions (comme l'ont recommandé Munoz and Luckmann ; 2005). Les étudiants ont été confrontés à des problèmes culturels, y compris un sentiment de chaos et de désorganisation lors de leur premier rendez-vous avec ces familles. Des problèmes de sécurité ont, entre autres, préoccupé les étudiants : portes non verrouillées, médicaments à portée des enfants,... Ils ont donc immédiatement abordé ces problèmes de sécurité. Tout au long des interactions, la sensibilisation culturelle s'est intensifiée. Parfois, les élèves se sentaient « ethnocentriques » car ils enseignaient aux réfugiés « notre façon de faire » mais ils disaient ne pas avoir le choix en raison des problèmes de sécurité.

Phase 3 : la phase finale : à la fin de l'expérience clinique, les étudiants pensaient qu'ils avaient non seulement pu faire de l'enseignement aux réfugiés somaliens mais qu'ils avaient également appris d'eux. Ils se sont rendu compte que les interventions faisaient la différence dans la vie quotidienne des réfugiés. L'apprentissage a

ainsi été maintenu par les réfugiés. De telles rencontres ont renforcé les compétences culturelles des étudiants et ont amélioré leur connaissance. La croissance de chacune des composantes du modèle de compétence culturelle était évidente, ainsi que le désir de continuer à apprendre des groupes culturellement différents. Ils ont développé des techniques de communication efficaces pour l'enseignement de la sécurité en apprenant les perceptions culturelles du rôle du genre dans les familles somaliennes. À la fin de l'expérience, les étudiants ont transformé leur incertitude en attitudes positives, démontrant leur succès sur le chemin vers la compétence culturelle

Les thèmes sont logiquement associés entre eux et il s'agit ici d'une suite logique : avant, pendant et après l'expérience. Les résultats sont riches et nous ont permis une réelle prise de conscience par rapport à la sensibilisation culturelle mais aussi sur le fait qu'on peut vite tomber dans l'ethnocentrisme en pensant bien faire... La participation du personnel qui gravite autour des réfugiés est très pertinente parce qu'ils peuvent donner des conseils constructifs aux étudiants.

DISCUSSION

Les résultats de cette étude sont plutôt énoncés sous forme de recommandations :

Avant tout contact avec un réfugié, il faut établir un processus d'orientation qui inclut une discussion sur les attentes des étudiants. Idéalement, un professeur et un intervenant formé (par exemple membre du personnel) pourrait conduire cette orientation ensemble. Les étudiants devraient explorer leurs propres préjugés avant de travailler avec des réfugiés. Mettre en priorité l'établissement d'un plan de communication pour surmonter les obstacles linguistiques (ce problème peut nuire à l'expérience). Instituer et maintenir une communication cohérente entre l'organisme communautaire, les membres du corps professoral et les étudiants. Encourager l'établissement d'attentes réalistes. Encourager les élèves à prioriser les nombreux besoins qu'ils peuvent identifier. En fixant les priorités, les étudiants se sentiraient moins débordés et pourront identifier les progrès réalisés. Organiser un contact avec les réfugiés sur le plus long délai possible, dans les limites des possibilités de l'école (le contact a duré un demi-semestre et cela semblait quelque peu précipité). Former des groupes cliniques en fonction des expériences passées des élèves avec divers groupes culturels. Les étudiants qui ont des expériences culturelles peuvent aider ceux que n'en ont pas.

Les limites de l'étude n'ont pas été définies. Nous avons l'impression que les conclusions et l'interprétation des résultats manquent de

Interprétations des résultats

	développement. En lisant l'article, nous pensions que la discussion allait être riche en conclusions, en informations et en pistes d'amélioration. Les données semblaient être riches mais les conclusions restent très limitées. Nous constatons donc qu'il manque de la consistance et de l'approfondissement à cette discussion. Il n'y a pas non plus de lien fait avec la recension des écrits alors qu'elle est très présente dans l'introduction et dans la méthode.
Conséquences et recommandations	Les recommandations ci-dessus font office de résultats selon l'auteur. Pour les suites, les auteurs demandent plus de temps accordé par l'école afin de travailler auprès de ces populations migrantes car un demi-semestre leur semblait être un peu précipité.

Article 2: Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language (Meuter & al., 2015)

Éléments d'évaluations	
Titre	Le titre précise clairement le but de l'article, qui est un protocole visant à enquêter sur une communication efficace lorsque les patients et les cliniciens utilisent une deuxième langue. Cependant, la population est très brièvement décrite.
Résumé	<p>Le résumé synthétise la recherche, mais ne présente pas de résultats. Il précise uniquement une discussion, car cette étude donne des perspectives pour la recherche future.</p> <p>Problème : La mauvaise communication dans le secteur de la santé peut mettre la vie en danger. Le nombre croissant de patients migrants et de personnel formé à l'étranger signifie que les erreurs de communication entre un professionnel de la santé et un patient lorsque l'un ou l'autre parlent une langue seconde sont de plus en plus susceptibles. L'objectif est de comprendre les barrières linguistiques et la mauvaise communication qui peuvent se produire dans les milieux de soins de santé entre les patients et les professionnels de la santé, en particulier lorsque au moins un des orateurs utilise une deuxième langue (plus faible).</p> <p>Méthode : Quatre-vingts interactions individuelles entre les patients et les praticiens qui parlent anglais ou chinois (mandarin ou cantonais) comme langue maternelle seront enregistrées dans une gamme de départements internes et externes dans trois hôpitaux de la région métro-sud de Brisbane, Australie. Tous les participants complèteront un questionnaire de fond de langue. Les patients</p>

complètent également une évaluation rapide de l'efficacité de l'interaction.

Discussion : Comprendre le rôle que joue la langue dans la création d'obstacles aux soins de santé est essentiel pour les systèmes de soins de santé qui connaissent une gamme croissante de populations culturellement et linguistiquement diverses parmi les patients et les praticiens. Les données issues de cette étude permettront d'informer les politiques et les solutions pratiques pour la formation en communication, fournir un programme de recherche à venir et étendre la théorie dans la communication sur la santé.

INTRODUCTION

Problème de la recherche

Le problème est clairement formulé, il s'agit d'étudier les interactions entre les professionnels de la santé et leurs patients qui ne partagent la première langue.

Les obstacles à des soins de santé efficaces et équitables peuvent résulter de différences linguistiques entre patients et cliniciens. De plus en plus, les professionnels de la santé comprennent les migrants dont la première langue n'est pas leur langue majoritaire. Les patients qui sont des migrants limité au niveau de la langue, sont des personnes en constante augmentation. Ils doivent utiliser une deuxième langue au cours de leurs rencontres de soins de santé ou s'appuient sur la disponibilité et l'exactitude d'un interprète. Il y a un grand nombre de patients utilisant le système de santé d'un pays qui ne partagent pas la première langue avec leur praticien et vice-versa. . Les divergences linguistiques peuvent entraîner une augmentation du stress psychologique et des erreurs de communication médicalement significatives pour les patients déjà anxieux, quelque chose auquel les patients rencontrant des congruences linguistiques (par exemple, la première langue partagée) sont moins vulnérables.

Le langage compréhensif dans le contexte d'une rencontre médicale est donc essentiel pour comprendre les problèmes qui pourraient résulter lorsque les patients et les professionnels de la santé ne parleront pas la même première langue.

Il est prouvé que la mauvaise communication est plus susceptible de se produire lorsque les cliniciens utilisent une deuxième langue mal maîtrisée et qui ne peuvent pas transmettre correctement certaines nuances de risque et de certitude, quant au diagnostic et traitement de la maladie dont souffrent les patients.

Les choses, les personnes de différents groupes culturels décrivent la douleur et la détresse de manière tout à fait différente: les termes, les expressions ou les métaphores culturellement spécifiques peuvent être difficiles à naviguer même lorsque la compétence

	<p>linguistique est élevée [10]. En outre, lorsque les cliniciens n'ont pas les compétences linguistiques et culturelles nécessaires et que les interprètes ne sont pas disponibles, les patients peuvent avoir à compter sur des parents bilingues ou inexpérimentés ou un personnel non médical, la qualité des soins et l'aggravation des résultats pour la santé de la communauté des migrants.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>les auteurs se sont inspirés de différentes approches déjà entreprises :</p> <p>Il existe au moins trois approches théoriques pour comprendre pourquoi des problèmes de communication surviennent dans les paramètres de communication médicale discordants. L'une est une approche psycholinguistique discutée par Segalowitz et Kehayia, dans laquelle l'accent est mis sur la façon dont les orateurs dirigent l'attention de l'autre vers les éléments clés de leur message en utilisant des fonctions sémantiques et syntaxiques de la langue pour Le message de manière appropriée, et sur la capacité de l'auditeur de déduire l'intention du locuteur.</p> <p>Une deuxième approche théorique considère la dynamique conversationnelle des interactions patient-docteur [13]. L'accent est mis sur les différences de relation de pouvoir entre le médecin et le patient, et la façon dont l'utilisation du langage reflète ces relations et sert d'outil pour les manipuler.</p> <p>Et une troisième approche théorique, à savoir le cadre de la théorie de l'hébergement de la communication (CAT). Cette approche a une importance particulière pour la comparaison de la communication langage-d discordant et langage-congruente. La CAT fournit donc un cadre utile pour examiner la dynamique de la communication patient-praticien, en particulier lorsque au moins un des orateurs utilise une deuxième langue. Dans de tels cas, une incapacité à atteindre la convergence (c'est-à-dire apparaître plus semblable dans la parole) peut affecter la façon dont les orateurs perçoivent non seulement l'un l'autre, mais aussi la qualité de la relation de travail entre eux, par exemple.</p> <p>La recension résume et précise le concept de base du questionnement de l'étude.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts clés qui ressortent de cet article sont la communication et les barrières linguistiques. Ils ne sont pas décrits de manière adéquate sur la base de cadre de philosophiques et théoriques.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de cette étude est de produire un recueil de communication patiente-praticienne qui sera explorée systématiquement, en utilisant une combinaison d'analyses qualitatives et quantitatives. Cela permettra d'établir les éléments linguistiques des interactions qui peuvent contribuer à une barrière linguistique, ainsi que des facteurs</p>

	<p>basés sur la communication qui entravent ou facilitent les conversations discordantes de langue. Étant donné que les locuteurs chinois comprennent le groupe le plus important qui parle une autre langue que l'anglais dans la région de Greater Brisbane, ce sera ciblé sur les conversations entre les locuteurs d'origine de l'anglais et de la langue chinoise, dans un système hospitalier anglophone.</p> <p>Les auteurs font l'hypothèse que les situations discordantes de la langue seront caractérisées par des interactions communicatives qui sont à la fois qualitativement et quantitativement plus pauvres que les situations congruentes linguistiques; Et ces différences seront plus importantes, si la maîtrise de la deuxième langue est plus faible, il y aura donc une plus grande nécessité d'une communication qui précise des risques est cruciale. Cette hypothèse reflète le contenu de la recension et découle logiquement du but.</p>
METHODE	
<p>Population et échantillon</p>	<p>Une vaste consultation avec les directeurs de l'enseignement infirmier de chaque site et avec les gestionnaires d'unités d'infirmières (NUM) a déterminé que le processus optimal d'identification initiale du patient et du praticien se fera via les NUM. Les patients et les praticiens qui parlent anglais ou chinois comme première langue, seront invités à participer, avec un recrutement initial facilité par les NUM.</p> <p>Le chinois a été choisi comme l'autre langue parce que c'est la langue la plus commune parlée dans le sud-est du Queensland après l'anglais. En fonction de la démographie des patients, les praticiens seront enregistrés dans au moins deux interactions avec les patients. Les patients ne participeront qu'à une seule interaction enregistrée. La cohorte patiente comprendra un minimum de 40 anglais monolingues et 40 bilingues (chinois-anglais.)</p> <p>Ces patients formeront des dyades avec 40 praticiens (20 anglais monolingues, 20 bilingues chinois-anglais), de sorte que chaque praticien sera enregistré avec au moins deux patients, un avec lequel ils partagent la 1^{ère} langue (c.-à-d. Anglais L1 Patient - praticien anglais L1 ou patient chinois L1 - pratiquant chinois L1) et un pour lequel le L1 (la première langue) est incongrue (c'est-à-dire le praticien anglais L1 - patient chinois L1 ou patient anglais L1 – patient chinois L1).</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les patients donnent leur consentement éclairé avant de participer à l'étude, à l'aide d'un formulaire qui est disponible en plusieurs langues et qui permet au patient de choisir leur langue préférée.</p> <p>L'approbation éthique de l'étude a été accordée par les Comités d'éthique de la recherche humaine de l'Université de technologie de Queensland et de l'Université du Queensland et le Comité d'éthique</p>

	de la recherche sur l'hôpital Metro South du gouvernement du Queensland. Des approbations spécifiques au site ont été obtenues pour les hôpitaux Princess Alexandra, Queen Elizabeth II et Logan.
Devis de recherche	Les enregistrements vidéo des interactions réelles entre le patient et le praticien seront acquis et analysés à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, y compris des analyses automatiques par ordinateur du flux de communication. Cette approche multi-méthodes nous permettra d'explorer la dynamique de la communication patient-praticien, y compris l'utilisation d'expressions linguistiques critiques liées à la communication des risques, dans le contexte d'interactions linguistiques cohérentes et discrètes.
Modes de collectes de données	Les conversations naturalistes qui se produisent entre un patient et un professionnel de la santé, lors d'un service hospitalier sur place, seront enregistrées par vidéo. Ces conversations seront obtenues auprès d'une gamme de services hospitaliers et ambulatoires, afin d'obtenir une sélection de problèmes liés à la santé avec différents niveaux de risque de patients.
Conduite de la recherche	Le processus de collecte des données est clairement décrit : Les conversations naturalistes qui se produisent entre un patient et un professionnel de la santé, lors d'un service hospitalier sur place, seront enregistrées par vidéo. Ces conversations seront obtenues auprès d'une gamme de services hospitaliers et ambulatoires, afin d'obtenir une sélection de problèmes liés à la santé avec différents niveaux de risque de patients. Les départements jugés appropriés pour la collecte de données comprennent des installations pour l'enregistrement vidéo dans un environnement privé et silencieux, ainsi que la capacité d'identifier préalablement les participants potentiels (c'est-à-dire pas les services qui voient ou admettent des patients d'urgence).
Analyse des données	Les méthodes d'analyse sont décrites : Toutes les conversations seront transcrites en prévision d'analyses qualitatives et quantitatives. Les transcriptions seront analysées à l'aide du Discursis, qui examinera les périodes d'engagement entre le patient et le praticien, en mettant l'accent sur la mesure dans laquelle les besoins communs ont été satisfaits. En termes de contenu de communication, le discours nous permettra également d'étudier dans quelle mesure les expressions de risque sont utilisées et dans quelle mesure elles sont liées à des changements de convergence. Les données du questionnaire de contexte de langue (LBQ) (par exemple, la compétence de la 2 ^{ème} langue, la langue de formation), ainsi que la conversation entre le praticien et le patient, seront

	<p>utilisées pour informer les paramètres dérivés de l'analyse de la discussion. Les paramètres dérivés de ces conversations peuvent ensuite être utilisées pour comparer avec le LBQ et les mesures de résultat du questionnaire post-rendez-vous pour les analyses qualitatives et quantitatives. L'analyse qualitative examinera l'accommodement, ainsi que l'apparition de phrases adverbales spécifiques et leur fonctionnement dans le cadre de la discussion des risques pour la santé.</p>
RESULTATS	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>La présentation des résultats n'est pas présente dans cette étude, qui est une ébauche permettant une perspective pour la recherche future. En effet, les données issues de cette étude permettront d'informer les politiques et les solutions pratiques pour la formation en communication, fournir un programme de recherche à venir et étendre la théorie dans la communication sur la santé.</p>
DISCUSSION	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p>L'étude produit des informations sur le flux de la communication d'une langue concordante et d'une langue discordante, en fonction du fait que le clinicien ou le patient soit le locuteur d'une deuxième langue.</p> <p>La compréhension de la communication lors d'une deuxième langue dans un contexte de santé est importante car une communication inadéquate peut avoir des conséquences négatives, y compris un stress psychologique accru pour le patient, des erreurs de communication médicalement significatives et des malentendus sur le risque potentiel pour la santé. La compréhension des éléments linguistiques et culturels de ces interactions aidera à comprendre comment les résultats potentiellement graves peuvent survenir lors des interactions entre les langues et les discordants, et les aborder à la fois au niveau théorique et pratique.</p> <p><u>Les limites de l'étude :</u></p> <p>Les auteurs expliquent qu'une étude pilote a déterminé qu'un bref questionnaire sur la qualité de l'interaction implique de meilleur résultat au niveau de l'expérience du patient, s'ils sont autorisés à évaluer la qualité de la conversation avec leur praticien. À l'aide de ces résultats, ils pourraient déterminer dans quelle mesure les perceptions du patient sur l'interaction de la conversation révélée. Tout écart entre les perceptions subjectives et l'accord de conversation réel peut alors être lié à des caractéristiques linguistiques particulières, au statut de la 2^{ème} langue du patient et / ou au praticien, ou au niveau de risque communiqué (avec un niveau de risque plus élevé nécessitant peut-être un langage ou des</p>

	termes plus complexes).
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs expriment que pour résoudre le problème des barrières linguistiques avec succès, il est important de savoir quand ils sont susceptibles de se produire et d'identifier leur nature spécifique. Pour ce faire, de nouvelles méthodes de recherche doivent être développées et un cadre théorique conçu pour générer des questions de recherche et orienter la recherche. Cette étude permet donc de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) explorer de nouvelles façons d'étudier systématiquement : la nature des barrières linguistiques dans la communication sur les soins de santé. 2) aborder les aspects spécifiques des barrières linguistiques dans la communication sur les soins de santé de manière à informer la conception des programmes de formation linguistique pour les cliniciens. 3) articuler un programme de recherche pour les travaux théoriques, empiriques et appliqués futurs visant à surmonter les obstacles linguistiques dans la prestation de soins de santé (par exemple dans les communautés autochtones, les soins de santé en milieu rural et à distance).

Article 3: Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries (Priebe & al., 2011)

Éléments d'évaluations	
Titre	<p>Le titre indique la population visée par l'étude qui concerne plusieurs professionnels de santé dans 16 pays européens. Il indique également le concept clé de l'article qui est la migration. Le titre démontre également que l'article concernera les expériences des soignants et leur vision des soins prodigués aux migrants.</p>
Résumé	<p>Le résumé est divisé en quatre parties distinctes ; le contexte, la méthode, le résultat et la conclusion. Chaque partie est résumée de manière synthétique tout en donnant des informations importantes.</p> <p>Le paragraphe sur les résultats, par exemple, indique déjà les difficultés rencontrées par les soignants ainsi que leur vision d'un soin « culturellement adapté » sans entrer dans les détails.</p> <p>C'est un résumé qui est très bien construit et qui peut attiser la curiosité du lecteur.</p>

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>De part l'augmentation des populations migrantes en Europe (5,6 millions en plus de 2005 à 2009), la population migrante en 2005 représente 8,5% de la population totale. Du à cette augmentation, c'est devenu un enjeu centrale pour l'Europe de prodiguer des soins accessible pour tous, équitable et d'offrir une qualité optimal de service. Le but de cette étude est d'explorer les expériences de différents professionnels de santé prodiguant quotidiennement des soins à des personnes migrantes dans différents services européens.</p> <p>Cette problématique est adaptée au contexte actuel de migration en Europe ainsi qu'aux recherches effectuées sur le terrain concernant cette question de recherche. Les postulats sous-jacents à l'étude sont décrits de manière globale sans précision.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits à été effectuée par les auteurs mais aucun article n'est proprement cité. Les auteurs parlent de manière générale sans préciser les sources primaires qui ont inspirées cette étude.</p> <p>Néanmoins, ils indiquent que la plupart des recherches déjà entreprises sur le sujet des migrants concernent davantage leur accès aux soins et non la qualité des soins prodigués. Il y a relativement peu de revue systématique traitant de la vision des soignants par rapport aux migrants et ce qu'ils voient comme problèmes dans la prise en charge ainsi que leur manière d'agir afin de minimiser ce phénomène.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés de l'étude ne sont pas mis en évidence ni définis. De plus, les bases philosophiques et théoriques de l'étude ne sont pas indiquées.</p> <p>Dans cette article, le paragraphe concernant le contexte est peu développé par rapport à la méthodologie et aux résultats obtenus, ce qui explique le peu d'indication concernant les concepts et les bases théoriques de cette étude.</p> <p>Or, dans la partie méthode, le concept des migrants est défini de manière plus précise. Dans cette recherche, il s'agit d'une personne étant née dans un autre pays que le pays actuel et qui a entre 18 et 65ans. Ceci concerne les immigrants réguliers, les réfugiés, les demandeurs d'asile ainsi que les migrants sans papier et illégaux.</p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est clairement défini ; il s'agit d'explorer les points de vues des différents professionnels de santé dans 16 pays européens afin d'identifier les problèmes rencontrés lors de prise en charge interculturelle. Dans un second temps, la finalité est de définir ce qui paraît être des « bonnes pratiques de soins » qui peuvent contrer ces problèmes rencontrés.</p> <p>Les auteurs ont choisi de ne pas citer d'hypothèse de recherche ni de question de recherche. Concernant les variables de l'étude, il est indiqué que la population vient de 16 pays européens ainsi que de 3 contextes de soins différents. Le contexte de soin pourra donc être une variable utilisée par la suite dans la recherche.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population visée par l'étude est définie de manière précise. En effet, l'échantillon de population provient de 16 pays européens et principalement des capitales de chacun de ses pays.</p> <p>Pour s'assurer que les participants ont une expérience suffisante avec les migrants, chaque pays participant a été tenu d'identifier et de recruter des personnes ayant une certaine expérience des soins aux populations migrantes.</p> <p>Les participants sont des professionnels de santé qui travaillent dans 1 des 3 services (soins d'urgence, santé mentale et soins primaire) compris pour cette recherche. Le total de la population s'élève à 240 dont 144 travaillant dans les soins primaires et le reste à part égal dans chacun des 2 autres services. Les services sélectionnés dans chaque pays étaient ceux qui présentaient le plus grand nombre de patients migrants.</p> <p>Les auteurs décrivent la manière, qui est appropriée, dont ils ont identifiés cet échantillon ainsi que le nombre de professionnels ayant été interviewés ce qui représente un échantillon significatif.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>L'anonymat a été conservé avec les interviews.</p> <p>Dans l'article, des situations fictifs de migrants sont expliquées et développées mais il n'y a aucune information quant à l'identité d'un de ces patients ni d'un professionnel.</p> <p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants ne sont pas explicités autrement.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Il s'agit d'une recherche qualitative. Ce devis est employé ici sous forme d'interview avec des questions ouvertes ce qui permet une richesse et de la variété dans les réponses transmises par les professionnels. Avec ce devis, le but recherché avec cette étude peut être atteint et les critères d'applicabilité et de véracité sont</p>

	<p>respectés.</p> <p>Le problème migratoire est complexe et requiert un devis de recherche qualitatif car les réponses ne peuvent pas être quantifiées et sont souvent complexes et variées. Le temps passé sur le terrain avec les participants pour les interviews paraît suffisant mais les auteurs ne nous donnent pas beaucoup d'indication sur le nombre de temps passé par interview.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils utilisés dans cette étude pour collecter les données sont expliqués. Il s'agissait d'interviews en face à face produits entre 2008 et 2010 qui s'appuyaient sur un programme structuré développé en Angleterre.</p> <p>Ces interviews comprenaient 2 parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La première se focalisait sur des questions ouvertes à propos d'expériences rencontrées en particulier sur les problèmes imaginées lors de soins dits interculturels. - La seconde se concentrait sur des vignettes fictives de patients migrants qui étaient présentées aux différents professionnels. Ils devaient spécifier les différences qu'ils constataient entre un soin à une personne migrante et un soin à une personne non-migrante.
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>L'étude est ciblée sur des professionnels qui ont à faire avec beaucoup de migrants dans leur pratique quotidienne. Ceci peut représenter un biais car ils ont été désigné par les professionnels du terrain ; il n'y a pas de vérification ni d'analyse statistique.</p> <p>Cette étude ne comporte pas d'intervention ni de variable dépendante.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les 240 interviews produits ont été transcrits par écrit dans la langue du pays en respectant l'anonymat des participants.</p> <p>Tout d'abord, les données ont été codées à partir des interviews dans chacun des centres participants. Ces codes transcrits ont ensuite été utilisés afin d'élaborer un livret qui a ensuite été traduit en Anglais. Ce carnet consistait en une liste de codes accompagnés d'une brève explication, de définition et d'exemples.</p> <p>Les données retenues de ces interviews ont ensuite été classés selon leur contenu ce qui a permis de ressortir les principaux thèmes.</p> <p>Ensuite, les chercheurs ont classé les problèmes qui ont été identifiés le plus fréquemment par les professionnels selon un ordre d'apparition. Ces données ont été classées entre les 3 différents types de service étudiés afin de comparer les réponses entre elles.</p> <p>Dans cette étude, les méthodes d'analyse de données sont décrites</p>

	de manière précise ; les auteurs définissent le type d'interview, comment ces données ont été transmises aux chercheurs ainsi que la manière dont ils ont été classés selon des catégories.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de trois tableaux distincts. Le premier concerne l'échantillon de population ; de quelles villes et de quels établissements de santé proviennent les professionnels interrogés. Le second tableau de résultats classe les 8 problèmes majeurs rencontrés dans les soins avec les migrants dans l'ordre croissant. On y trouve également, en pourcentage, le nombre de personnes interrogées qui ont soulignées ce problème pour chacun des trois types de service (soins primaires, santé mentale et soins d'urgence). Le dernier tableau est présenté sous la même forme que le deuxième mais concerne les pratiques soulignées par les professionnels pouvant améliorer la prise en charge d'un migrant. Tous ces tableaux sont facilement interprétables et compréhensibles.</p> <p>En complément aux tableaux, un texte narratifs subdivisés en plusieurs points présente également les résultats qui ont été obtenus. Au début de la partie résultat, l'auteur présente les différents corps de métier qui ont été interviewés (médecin, infirmier, psychologue, physiothérapeute et travailleur social) avant de faire ressortir 8 problèmes qui ont été identifiés comme les principaux dans la prise en charge de personnes migrantes. Dans chacun de ces problèmes, l'auteur ajoute des citations d'interview appuyant encore ce phénomène. Puis sont présentés, par la suite, les stratégies permettant de mieux adapter sa prise en charge vis-à-vis du patient toujours en s'appuyant sur les réponses des participants citées à travers le texte.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats de l'étude sont analysés en fonction du but de la recherche. Ces résultats fournissent une image systématique et exhaustive des difficultés à fournir des soins de santé aux migrants et des solutions possibles. Finalement, huit domaines problématiques ont été identifiés puis sept techniques de bonnes pratiques ont été suggérées pour surmonter ces problèmes ou limiter leur impact négatif.</p> <p>Les personnes interrogées ont pris conscience des difficultés et des obstacles spécifiques rencontrés avec les migrants. Ils ont estimé que les soins aux migrants étaient compliqués pour des raisons de langue, de culture, d'attitudes, de droits, de sensibilisation et d'expérience.</p> <p>Une bonne pratique de soins peut être considérée comme plus</p>

	<p>générale et peut s'appliquer non seulement aux migrants, mais aussi à un groupe plus large de patient. Cela reflète la position des professionnels selon lesquels les bonnes pratiques en matière de prestation devraient être réalisées en dispensant des soins individuels et en tenant compte des besoins personnels, plutôt que de se concentrer sur les stéréotypes collectifs.</p> <p>Les résultats obtenus concordent avec ceux des études antérieures sur la thématique de communication avec les migrants. Les auteurs ont décrits avec précision les points communs entre les études réalisées ainsi que les différences.</p> <p>Les auteurs ont identifiés les points forts de l'étude ainsi que les limites. Concernant les points forts, l'étude présentait un nombre important de professionnels interviewés, ce qui est représentatif de la population. Cependant, une limite identifiée est que les déclarations des professionnels peuvent avoir été influencées par des tendances de réponse.</p> <p>Le caractère transférable des conclusions n'est pas soulevé. La conclusion est complète ; elle reprend les différents thèmes abordés. Il existe un large échantillon de défis et de problèmes pertinents mais qui ne sont pas nécessairement liés à l'origine spécifique du migrant. Les trois composantes les plus fréquentes des bonnes pratiques sont mises en évidence ; une flexibilité organisationnelle avec suffisamment de temps et de ressources pour le patient, de bons services d'interprétation ainsi que du travail avec les familles et les services sociaux.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les auteurs n'ont pas donné de précisions sur les conséquences de cette étude pour la pratique clinique.</p> <p>En outre, les auteurs donnent quelques pistes de réflexion pour la suite des études pouvant être réalisé sur ce sujet. Ils précisent que les études futures pourraient aborder des aspects plus étroits, capturer les opinions des patients et évaluer le comportement réel dans les services.</p> <p>De plus, les études expérimentales pourraient tester la faisabilité et l'efficacité des interventions spécifiques pour atteindre une « bonne pratique » telle qu'elle est identifiée dans cet article.</p>

Article 4: Verbal and nonverbal indicators of quality of communication between care staff and residents in ethnoculturally and linguistically diverse long-term care settings (Small & al., 2015)

Éléments d'évaluations	
Titre	Le titre précise la thématique abordée dans l'article « verbal and nonverbal indicators of quality of communication». Le titre précise également la population ciblée.
Résumé	<p>Dans le résumé, les auteurs expliquent clairement la problématique : la qualité de la communication est perturbée lorsque le personnel et les résidents ne parlent pas la même langue ou ont une culture différente.</p> <p>Le problème de l'étude est aussi clairement explicité. L'introduction, la méthode et la discussion des résultats sont présentés dans les grandes lignes. Nous comprenons où les auteurs veulent en venir et les finalités de l'étude.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème est clairement explicité : une communication efficace entre soignants et résidents est fondamentale pour pouvoir établir une relation de confiance, de respect, de soutien mais également pour répondre aux besoins des résidents. La communication paraît extrêmement importante dans notre profession, certains auteurs affirmant même qu'elle constitue 99% de notre travail. L'importance de la communication dans notre profession justifie donc la recherche. Selon ces auteurs, la qualité des soins est compromise lorsque la communication n'est pas optimale. La problématique est aussi observée du point de vue des résidents, qui disent, selon l'article, que leurs besoins ne peuvent pas être exprimés, reconnus ou satisfaits. Cela provoque de la frustration et accroît ainsi les conflits interpersonnels.</p> <p>Le problème est approprié dans le contexte des connaissances actuelles car l'article est récent et il y a très peu de recherches qui traitent sur le sujet de comportements verbaux et non verbaux entre deux personnes de culture et de langue différente. De plus, l'article avance que la diversité ethnoculturelle et le multilinguisme ont reçu peu d'attention dans la recherche, surtout en regard de la qualité de vie de ces personnes présentes en service de soins de longue durée. Cette problématique est significative pour la discipline infirmière car souvent, lorsqu'il y a une barrière linguistique quelconque, que ce soit en soins aigus ou de longue durée, les soignants n'accordent que très peu d'attention à la relation avec ces patients. Nous</p>

	<p>trouvons cela dommageable car cette barrière linguistique ne devrait pas être un obstacle à la relation soignant-soigné en vue de son importance et nous devrions pouvoir trouver des alternatives ou des moyens efficaces afin de tout de même pouvoir créer une relation soignant-patient (relation d'aide et relation thérapeutique).</p> <p>L'hypothèse par défaut est que les résidents sont pris en charge par un personnel qui parle la même langue mais cette hypothèse n'est pas soutenable en vue du grand pourcentage de la population issue de l'immigration.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Selon l'article, il n'y a que très peu de recherches qui ont étudié le rôle des comportements non verbaux. Il y a eu deux études récentes qui traitaient des comportements verbaux et non verbaux (Jansson 2014; Müller and Guendouzi 2009; Plejert et al. 2014 ; Caris-Verhallen et al. 1999; Jansson et al. 1992; Norberg 2001). Ces deux études ont investigué les interactions entre le personnel soignant et des résidents qui ne partagent pas un langage commun, avec un focus sur l'identification d'interactions verbales. Les résultats de ces études ont beaucoup contribué, selon les auteurs, à comprendre les façons dont la communication se joue dans diverses interactions de soins. Ces données sont issues de sources primaires. La recension utilisée par les auteurs est selon nous le reflet d'une synthèse de l'état de la question car comme les auteurs le signalent, il n'y a que très peu de recherche dans ce domaine, surtout dans les soins de longue durée. La recension des écrits est très pertinente car elle sera très utile par la suite, surtout dans la discussion, où seront repris beaucoup de citations et de résultats de recherches de ces différents auteurs pour étoffer et soutenir les conclusions de cet article.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts-clés ne sont pas clairement mentionnés. Ils apparaissent de manière sous-jacente et implicite mais ne sont pas clairement formulés ni développés.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but est clairement explicité : il s'agit de contribuer à ce domaine de recherche en plein essor en explorant la nature de la communication entre le personnel soignant et les résidents lorsqu'ils ne partagent ni la même langue ni le même « passé » ethnoculturel. Dans un second temps, le but de l'article sera d'identifier et expliquer les comportements qui ont favorisé ou porté atteinte à une communication positive, en s'appuyant sur la théorie «Communication Accommodation Theory». La présente étude élargit les travaux passés en échantillonnant un plus grand nombre de personnel soignant et de résidents dans deux contextes de soins qui diffèrent dans leur diversité linguistique et ethnoculturelle, en enregistrant leurs interactions dans différentes activités. Ensuite, les auteurs décrivent les relations entre les deux parties, les comportements des résidents et des soignants et les résultats</p>

	<p>(« outcomes ») de la communication dans divers contextes de soins, en s'appuyant sur les principes de la théorie « Communication Accomodation Theory (Giles et al.1991) pour guider cette analyse interprétative.</p> <p>Les questions de recherches sont clairement énoncées :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quelles sont les caractéristiques des interactions entre le personnel soignant et les résidents lorsqu'ils ne partagent pas la même langue ? 2. Quels sont les comportements verbaux et non verbaux associés à des résultats d'une communication positive VERSUS d'une communication négative dans diverses interactions entre le personnel et les résidents ? <p>Ces questions de recherches traitent de l'expérience des participants et de leurs valeurs (par exemple « communication positive »).</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est définie de façon très précise. Ainsi, deux établissements de soins de longue durée situés en Colombie-Britannique au Canada ont participé à cette étude. Dans chaque établissement, une unité a été ciblée en raison de sa diversité linguistique et ethnoculturelle (échantillon). 27 employés (tranche d'âge 31-61 ans, moyenne = 51) et 27 résidents (tranche d'âge de 60 à 93 ans, moyenne = 83) ont consenti à participer à l'étude. La majorité du personnel était employé comme aide-soignante (N=19) et le personnel restant était infirmier (N=3), assistant en réadaptation (N=2), ergothérapeute (N=1), travailleur social (N=1) et musicothérapeute (N=1). Dans l'unité A, tous sauf un des 14 résidents (7 femmes, 7 hommes) étaient d'origine ethnoculturelle chinoise et seulement 4 parlaient anglais. Les 19 employés (7 femmes) dans cette unité provenaient d'une variété ethnoculturelle et linguistique (Philippins, Polonais, Hindou, Chinois, Espagnol et Letton) mais tous avaient des compétences en langue anglaise. Seuls 5 soignants de l'unité A parlaient un peu le chinois. Dans l'unité B, les 13 résidents (toutes des femmes) proviennent d'autres milieux ethnoculturels (Italien, Philippin, Néerlandais, Anglais, Polonais, Punjabi, Hindou). 5 résidents avaient comme langue maternelle l'anglais et 4 autres parlaient un peu l'anglais. Les 8 membres du personnel (7 femmes) dans l'unité B avaient des connaissances en Anglais ou en Philippin mais seulement un membre du staff a signalé ses compétences dans une langue supplémentaire (arabe).</p> <p>Une des limites de l'étude est que les auteurs n'ont pas eu accès aux dossiers neuropsychologiques ou diagnostics des résidents pour déterminer s'ils ont des troubles de la mémoire ou de la cognition</p>

	<p>(ex. Démence).</p> <p>La méthode utilisée pour « recruter » les participants a été un questionnaire, rempli par chaque participant ou représentant de celui-ci. Le questionnaire portait sur les langues du participant : langue maternelle ou compétence dans toute autre langue. Il y a également des questions sur l'identité ethnoculturelle dominante.</p>
Considérations éthiques	<p>Les considérations éthiques ne sont pas décrites explicitement mais nous pouvons les deviner de manière plus implicite. En effet, les auteurs n'ont pas eu accès aux dossiers médicaux des résidents pour avoir des informations sur leur état neuropsychologique. En outre, l'étude a été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants.</p>
Devis de recherche	<p>Les données enregistrées par vidéo ont été examinées à l'aide d'analyse qualitative descriptive et interprétative. Cette méthode est tout à fait pertinente par rapport aux outils de collecte car les auteurs vont analyser les données enregistrées par vidéo pour en faire des thématiques, pour ensuite déterminer quels sont les comportements verbaux et non verbaux qui facilitent la communication entre personnel soignant et résident. Le devis choisi est un bon moyen de répondre aux questions de recherche et permet de répondre aux critères scientifiques par sa neutralité (objectivité), consistance (plusieurs enregistrements de plusieurs heures), sa véracité et son applicabilité.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont décrits : il s'agit d'enregistrements vidéo sur 4 types d'activités de la vie quotidienne (repas, table de bowling, bingo et réunions de quartier). Ces activités ont été choisies parce qu'elles fournissent un large éventail d'interactions sociales et on n'empiète pas sur l'espace privé (ex. baignade). Chaque enregistrement vidéo d'une activité a duré environ une heure, pour un total de 8 heures de données d'observation. A notre sens, cet outil de mesure est un bon moyen pour mesurer les variables. Les auteurs n'indiquent pas si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés. Toutefois, la procédure expérimentale est cohérente avec les outils de mesure car les auteurs avaient besoin de données concrètes d'interactions verbales et non verbales soignant-soigné pour pouvoir les analyser par la suite (un enregistrement vidéo est indispensable pour mesurer les variables du non verbal).</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est clairement décrit. Les données enregistrées par vidéo ont été examinées à l'aide d'analyse qualitative descriptive et interprétative.</p>

<p>Analyse des données</p>	<p>Les auteurs ont utilisé une approche multi-méthode qui comprenait l'analyse de conversation, un codage ouvert itératif et une analyse comparative constante (pour identifier des comportements et des stratégies). Les auteurs ont ensuite transcrit, traduit et réalisé un codage préliminaire des données à l'aide « d'Atlas-ti », un progiciel qualitatif. Transcription et traduction ont été menées simultanément. Il y a eu un double contrôle des transcriptions, des traductions et des codages afin d'éviter les biais. Les codages se sont fait par rapport aux interactions des résidents et du personnel et selon si les participants partagent ou pas une langue et des caractéristiques ethnoculturelles communes. Les comportements verbaux ont d'abord été codés selon la langue parlée par un participant. Ils ont ensuite codé si ces interactions étaient associées à des résultats de communication négative ou de l'amélioration de la communication (positive) basée sur les principes de la théorie de la « Communication Accommodation Theory » (Ryan et al. 1995 ; Small 2006).</p> <p>Il n'y a pas de résumés de résultats.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont présentés et illustrés à l'aide de tableaux, de pourcentage et d'exemples concrets. 35% du personnel impliqué et des résidents ne partageaient pas une langue commune ou ne venaient pas du même milieu ethnoculturel avec un total de 185 interactions « incompatibles ». Dans seulement 13% des cas, les participants ont essayé de parler la langue de leur interlocuteur. Les thèmes sont logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène.</p> <p>Les comportements verbaux qui ne favorisent pas une communication positive : ne pas s'adapter à une langue différente, ne pas simplifier le message de manière appropriée et interrompre la personne.</p> <p>Les comportements non verbaux qui ne favorisent pas une communication positive : persister dans la réalisation d'actions indésirables et éviter le contact avec les yeux.</p> <p>Les comportements verbaux qui favorisent une communication positive : tentatives d'utiliser le langage du résident, s'adresser aux résidents par leur nom (stratégie efficace pour personnaliser les interactions et renforcer l'autonomie des résidents (Small et al., 1998)), prévoir de faire appel à un interprète et la répétition.</p> <p>Les comportements non verbaux qui favorisent une communication positive : maintenir le contact visuel, avoir des Gestes ou toucher ou repositionnement et favoriser l'indépendance du résident (ex. fournir une aide suffisante à un résident pendant un repas afin que le</p>

résident puisse se nourrir).

Les résultats de l'étude ont ensuite été résumés par un texte narratif avec des exemples concrets de ce que les auteurs ont enregistré par vidéo puis analysés. Les auteurs n'ont pas fait évaluer les données par les participants.

DISCUSSION

L'objectif principal de l'étude a été d'explorer la nature de la communication entre personnel soignant et résidents lorsqu'ils ne partagent pas la même langue et le même milieu ethnoculturel. Les auteurs ont discuté des résultats par rapport à leurs deux questions de recherche (cadre de recherche).

Le comportement verbal le plus courant était de parler l'anglais, même si le résident ne pouvait pas le comprendre. L'explication la plus évidente de cet acte est probablement l'incapacité du personnel à parler la langue du résident (hypothèse). Cependant, cela peut aussi être dû à des indices contextuels ou à des contraintes auxquels le personnel se heurte, comme par exemple : le fait que l'anglais soit la langue la plus utilisée entre la plupart des employés et donc ils préfèrent rester en mode anglais, le fait qu'il existe de trop nombreuses langues dans ce contexte de soins pour pouvoir s'y familiariser, le fait que comme la charge de travail est élevée, le personnel soignant est enclin, de manière inconsciente, à adopter une communication familière par défaut afin que l'énergie puisse être préservée (pour pouvoir mener à bien les soins) et finalement, le fait que les résidents soient considérés comme des partenaires « incapables » de communiquer (en raison d'un déclin cognitif ?). Ces conclusions (le fait que le personnel parle majoritairement la langue qui est inconnue des résidents) concordent avec les résultats de recherches antérieures (Jones and Van Amelsvoort-Jones 1986; Kong et al. 2010). Cette étude soutient les recherches antérieures qui suggèrent que comme la réalisation des soins physiques quotidiens devient de plus en plus difficile, les aspects relationnels de la communication deviennent de plus en plus limités.

Les résultats de l'étude concordent aussi avec l'étude de Plejert et al., (2014). Le personnel de soins de l'étude de Plejert a également utilisé des stratégies de communication comme le discours apaisant, des compliments ou l'utilisation du nom du résident (qui se sont avérées être efficaces). La « répétition » n'a pas été notée par Plejert (la différence entre ces 2 études est probablement liée à la nature des activités et à la capacité verbale des résidents).

Une autre stratégie pour mieux communiquer dans les unités A et B était le recrutement d'autres membres du personnel, de bénévoles ou de membres de la famille pour servir de courtiers en langues et

Interprétations des résultats

	<p>en culture (Murphy et Macleod Clark, 1993). L'implication de l'interprète dans ces études a montré l'efficacité d'un tel service dans l'amélioration de la communication entre personnel et résident. Par contre, le lien proche des membres d'une même famille peut venir brouiller les limites entre la pratique professionnelle et la participation familiale.</p> <p>Les comportements non verbaux des résidents et du personnel de l'étude ont démontré à quel point cette modalité fonctionne pour améliorer ou nuire à une communication réussie.</p> <p>Par rapport aux défis futurs, il serait intéressant, selon les auteurs, de pouvoir offrir des formations linguistiques au personnel dans plusieurs langues différentes (Taylor et al. 2013)</p> <p>Les forces de l'étude : les données enregistrées par vidéo ont capturé une série d'interactions instantanées lors de différentes activités.</p> <p>Les limites de l'étude : cette méthode d'échantillonnage n'a pas permis une analyse approfondie de chaque participant au fil du temps avec les mêmes interlocuteurs. La qualité audio des enregistrements vidéo n'était pas suffisamment de bonne qualité pour effectuer des analyses acoustiques des caractéristiques linguistiques. Une autre limitation concerne le manque de contrôle de l'interdépendance entre les facteurs linguistiques, ethnoculturels et cognitifs dans des contextes de soins de longue durée. Finalement, il n'a pas été possible dans l'étude d'observer des activités « d'hygiène » (toilette) où les questions de vie privée et de dignité se sont posées.</p> <p>Pour les recherches futures, il serait intéressant de comparer des environnements de soins de longue durée qui diffèrent selon les dimensions linguistiques, ethnoculturelles et cognitives (par exemple, un contexte de soins impliquant des résidents qui ont ou n'ont pas de déficience cognitive). Les prochaines étapes consisteraient à mettre en œuvre et à évaluer l'efficacité de la formation du personnel pour améliorer la communication dans divers contextes de soins compte tenu de la diversité ethnoculturelle et linguistique accrue dans de nombreuses régions du monde (OMS 2014).</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les auteurs s'appuient sur des données riches pour étayer leur propos et leur conclusion.</p> <p>L'amélioration de la communication est un objectif très recherché dans la pratique de soins de courte ou longue durée mais les stratégies visant à apporter des changements dans la pratique ont été difficiles à maintenir. En considérant la réalisation de ces stratégies, il est important de noter que les façons dont elles peuvent être mises en œuvre plus efficacement seront influencées par divers</p>

facteurs contextuels, y compris les antécédents linguistiques et ethnoculturels du personnel et des résidents, les ressources de l'équipe et la complexité des besoins de soins des résidents (Bourgeault et al., 2010). L'approche la plus simple pour améliorer la communication et les soins avec les aînés semble être la création d'institutions de soins culturellement congruents (Heikkilä et al. 2007; Ekman et al. 1994) qui ont été introduit en Suède pour des résidents suédois et finlandais. Une autre approche est d'enrichir l'appréciation de la diversité culturelle dans les institutions qui ont des groupes hétérogènes de langue et de culture (Parker et Geron, 2007). Une stratégie plus proactive consiste à recruter plus de personnels de soins diversifiés ethniquement et linguistiquement (Bourgeault et al. 2010) car il semblerait qu'il ait une expérience personnelle d'adaptation à la communication inter-linguistique. Une autre approche qui est pratiquée régulièrement consiste à capitaliser les membres de la famille des résidents en tant que courtiers/interprète linguistique (Brotman, 2003). Murphy et Clark (1993) rapportent que c'était la stratégie la plus utile pour certaines infirmières, probablement en raison de la disponibilité des membres de la famille (contrairement aux services d'interprètes/traducteur). Par contre, des problèmes de confidentialité surviennent lorsque les membres de la famille s'engagent dans la traduction pour d'autres résidents de l'établissement.

Finalement, le personnel et les résidents doivent développer une plus grande sensibilisation culturelle et ajuster leurs attitudes afin qu'ils deviennent plus sensibles à la façon dont les comportements non verbaux et paralinguistiques, ainsi que les perceptions de la maladie, peuvent être interprétés différemment dans les cultures (par exemple, la pertinence du toucher, du regard, du tonus de la voix, du langage corporel, de la démence comme une partie normale du vieillissement). Il faut aussi savoir que le personnel en formation en compétences culturelles est devenu partie intégrante du mandat de formation continue de nombreuses institutions. Bourgeault et al. (2010) précisent que les soignants devraient avoir une gamme de compétences de communication complexes et utiliser et interpréter le langage corporel. Finalement, il y a aussi la stratégie d'enseigner aux résidents la langue parlée dans l'institution dans laquelle ils se trouvent. Ce n'est pas souvent une solution proposée mais pourtant préconisée par Taylor et al. (2013).

Article 5: Guidelines and training initiatives that support communication in cross-cultural primary care settings: appraising their implementability using Normalization Process Theory (De Brún & al., 2015)

Éléments d'évaluations	
Titre	<p>Le titre de l'article précise qu'il s'agit d'une évaluation à l'aide du processus de normalisation des lignes directrices et des initiatives de formation concernant la communication interculturelle. C'est un titre qui est explicite et qui démontre le but de l'étude malgré qu'il soit un peu difficile à comprendre avant de lire l'article en entier. Par ailleurs, le titre ne précise pas la population interrogée et donne peu de détail quant à la méthode utilisée dans l'article.</p>
Résumé	<p>Le résumé est synthétique et est divisé en 5 éléments ; le contexte, le but, la méthode, les résultats et la conclusion. Chacun de ces paragraphes se résume en une ou deux phrases qui permettent une compréhension globale de ce qui va suivre, sans entrer dans des détails. C'est un résumé qui est adéquatement construit, qui suit un fil conducteur logique et qui donne, pour chacune des parties, l'élément clé ressortant du texte.</p> <p>Pour le but de l'étude, on comprend ici qu'il s'agira d'une évaluation des lignes directrices et des initiatives de formation (guidelines and training initiatives), qu'on nomme dans le texte ; G/TIs. Cette évaluation va s'effectuer en utilisant la théorie du processus de normalisation (Normalization Process Theory – NPT). Pour le moment, il est compliqué de comprendre de quoi il s'agit et qu'elles sont ces G/TIs.</p> <p>Concernant la méthode, il est expliqué qu'il s'agira d'une étude dans 6 pays européens : l'Autriche, L'Angleterre, le Grèce, l'Irlande, l'Ecosse et les Pays-Bas.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Au début de la partie introductive, il est rapporté que répondre aux besoins en santé des migrants nécessite encore des progrès dans les milieux de soin et qu'il persiste d'importants écarts entre les systèmes de santé et les politiques en matière de migration dans les pays européens.</p> <p>En effet, il ressort également que l'importance de la communication dans les soins est amplifiée en situation interculturelle et que créer une relation de confiance est un challenge parfois compliqué pour les patients et les soignants.</p> <p>Par cette étude, les chercheurs vont tenter d'identifier quelles sont</p>

	<p>les barrières et les facilitateurs à l'implantation de ces G/TIs (lignes directrices et initiatives de formation) et, de ce fait, ressortir lesquelles seraient applicable le plus facilement dans les lieux de soins.</p> <p>Il s'agit d'un problème de grande envergure en vue du contexte migratoire actuel en Europe. Actuellement, il persiste encore beaucoup de barrière au niveau de la communication interculturelle et il est important de mettre en évidence les éléments qui empêchent une qualité optimale dans les prises en charges de patients migrants.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Concernant cette recherche, les auteurs ne précisent pas beaucoup la recension des écrits. Il y a bien eu une revue littéraire d'articles écrits par des pairs afin d'identifier les principales G/TIs utilisés grâce aux bases de données. Cependant, il n'y a pas plus de détail donné.</p> <p>Néanmoins, nous savons que les chercheurs se sont inspirés d'un projet de l'EU appelé le projet RESTORE dans lequel ils ont revues et réévalués ces G/TIs.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Dans le cadre de cette recherche, la théorie du processus de normalisation (NPT) a été utilisé afin d'évaluer les différentes interventions. Dans cette théorie, il y a 4 composantes ; la cohérence, l'engagement, l'action collective et la surveillance réflexive. C'est donc à partir de ces 4 thèmes que chaque intervention va être évaluée afin d'identifier lesquelles sont le plus facilement utilisables dans la pratique.</p> <p>Les concepts de cette étude sont identifiés de manière globale ; il s'agit, avant tout, de ces différentes lignes directrices. Par ailleurs, les auteurs parlent beaucoup de ces G/TIs mais il est difficile de se représenter concrètement de quoi il s'agit et de trouver des exemples.</p> <p>Le concept de l'article, au sens plus large, est la communication interculturelle bien que ce soit une thématique souvent sous-entendu dans le texte sans que les auteurs n'en parlent de manière précise ; il y a très peu de détail sur le type de communication, sur les difficultés rencontrés...</p> <p>Il y a un lien entre ce concept de communication et le but de l'étude qui est l'amélioration des prises en charge grâce à l'utilisation de ces lignes directrices (G/TIs).</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est énoncé de manière précise ; il s'agit d'une évaluation des lignes directrices et des initiatives de formation (G/TIs) grâce à des critères précis. Cette évaluation va permettre de ressortir quelles interventions vont être les plus aptes à être utilisées dans la pratique afin qu'on puisse concrètement les mettre en œuvre</p>

	<p>dans les services de santé.</p> <p>En effet, les chercheurs affirment qu'il y a des difficultés à mettre en pratique ces interventions (G/TIs) qui mènerait à interculturelité dans le milieu des soins sans que ce soit énoncé comme une hypothèse.</p> <p>La question de recherche, bien qu'elle ne soit pas décrite telle qu'elle, consiste à s'interroger sur le bon fonctionnement des interventions interculturelles et sur les biais à leur utilisation dans les services de santé. Les chercheurs vont tenter de définir les facilités et les difficultés à la mise en pratique de ces interventions. Il s'agit d'une question pertinente et en lien direct avec le but de cette recherche.</p>
METHODE	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population visée pour cette recherche a été large et impliquait plusieurs personnes différentes ; des patients migrants, des soignants, des interprètes ainsi que des politiciens. Ceux-ci venaient d'Autriche, d'Angleterre, de Grèce, d'Irlande, des Pays-Bas ou d'Ecosse.</p> <p>Cette étude a, tout d'abord, impliqué un réseau déjà connu d'équipe de recherche de chacun des pays avant d'évoluer vers un réseau plus large, vaste et inclusif.</p> <p>Au total, 325 institutions ont été contactées et plusieurs personnes dans chacune ont été interrogées.</p> <p>Pour résumé, l'échantillon de cette étude est large et varié mais peu explicité dans le texte. Les auteurs n'ont pas souhaité donner plus de détails sur les institutions ni sur le nombre de personne interrogé. Nous n'avons pas non plus de détail sur comment la population a été approchée ni sur quels étaient les critères d'inclusion et d'exclusion de cet échantillon.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les auteurs n'ont pas donné de détails concernant les droits éthiques des participants ni sur le respect de la confidentialité des informations reçues.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis de recherche utilisé a été qualitative sous forme de questions ouvertes et globales concernant les différentes G/TIs. Chaque institution a pu s'exprimer sur ses expériences et sur quelles interventions étaient les plus adéquates dans un milieu interculturel au niveau de la communication. Le but de l'étude a pu être atteint grâce à ce devis de recherche car l'opinion des différentes personnes a pu être prise en compte entièrement et le devis de recherche qualitative permet des réponses plus variées.</p> <p>Il y a très peu d'information concernant quels types de questions</p>

	<p>étaient demandées aux participants, c'est un article qui explique la méthode de recherche de manière très synthétique ce qui amène une certaine difficulté à comprendre exactement le déroulement de la recherche.</p>
Modes de collectes de données	<p>La méthode de collecte de données a été réalisée par des enregistrements de la part des équipes des institutions en collaboration avec les chercheurs.</p> <p>Encore une fois, il est très difficile pour cet article d'obtenir des informations complètes du aux peu de détails apporté par les chercheurs.</p>
Conduite de la recherche	<p>Une fois que chaque institution se soit exprimé sur les différentes méthodes interculturelles qu'ils utilisaient, c'est grâce aux 4 critères de la NPT (Normalization Process Theory) qu'ils ont pu évaluer leurs interventions. Pour chacune des interventions, les questions suivantes étaient posées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Est-ce que l'intervention à un sens ? ○ Est-ce que les professionnels sont inclus dans l'implantation de cette intervention ? ○ Que doit-on faire pour que cette intervention fonctionne en pratique ? ○ Cette intervention peut-elle être évaluée ? <p>Les chercheurs ont demandés aux équipes de répondre à ces critères en enregistrant leur processus décisionnel et en notant de 1 à 5 sur une échelle de Likert leur intervention en jugeant l'efficacité globale.</p>
Analyse des données	<p>Lorsque les chercheurs ont analysé les données, un document protocole a été utilisé pour identifier les G/TIs. Il y a 8 critères d'inclusion et d'exclusion qui ont été utilisés afin d'être sur que les G/TIs mises en évidences soient applicables. Il fallait que l'intervention soit focalisée sur les migrants qui rencontrent des barrières culturelles et linguistiques, qu'elle concerne les soins primaire et qu'elle ait pour but d'améliorer la communication interculturelle. De plus, il nécessitait que cette intervention soit applicable, qu'elle puisse servir de guide aux professionnels et que les migrants soient participatifs aussi dans cette intervention.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Tout d'abord, 325 agences ont été retenues, avant d'être réduites à 133 suite à des critères de filtrage. De ces différentes organisations, 20 exemples pertinents de G/TIs sont ressortis ; 8 lignes directrices et 12 initiatives de formation.</p> <p>Tous les 20 G/TIs inclus ont abordés les difficultés bien connues</p>

	<p>dans la communication interculturelle, offrant des conseils et un programme de formation. Un seul exemple est axé sur les raisons pour lesquelles les migrants devraient communiquer avec les services de santé avec l'aide d'interprètes.</p> <p>Les chercheurs n'ont pas construit de tableau récapitulatif des résultats ni de tableau démontrant quelles organisations ont été interrogées.</p> <p>Il est précisé que c'est les Pays-Bas et l'Irlande les deux pays qui ont données le plus d'interventions applicables dans la pratique.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés au niveau des différents pays interrogés et 20 G/TIs sont identifiés. Ce sont les interventions qui sont le plus facilement applicables et qui offrent les résultats les plus probants dans la relation soignant-soigné qui sont ressortis.</p> <p>Un aspect important de cette étude est la façon dont le TNP a été utilisé pour évaluer les G/TIs.</p> <p>Les auteurs ont émis une critique de leur recherche en soulignant qu'il y avait relativement peu de pays interrogés et que répondre aux différentes questions pour chaque interventions étaient assez difficile pour les participants.</p> <p>Il est également mis en évidence que le manque d'engagement des migrants dans le développement de ces G/TIs reflète une situation où les soins en santé primaire restent dans le mode de faire pour les migrants plutôt qu'avec eux.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs de l'article suggèrent que les migrants et leurs communautés soient impliqués dès le début et tout au long de la mise en place d'intervention en santé. En devenant acteur, les migrants pourront démontrer leur point de vue et donc participer à la mise en place d'intervention interculturelle.</p> <p>En résumé, cet article cherche à démontrer que le partenariat entre les soignants et les migrants est un aspect très important dans les soins interculturels.</p>

Article 6: Improving interpreting in clinical communication: models of feasible practice from the European project « Migrant-friendly Hospitals » (Novak-Zezula & al., 2006)

Éléments d'évaluations	
Titre	Le titre précise bien l'objet qui sera traité dans l'article qui est d'améliorer l'interprétation de la « communication clinique » avec l'aide de modèles de pratique, qui est ici le modèle européen « migrant-friendly-hospitals ». La population n'est pas précisée dans le titre mais ne comprenons du concept « migrant-friendly hospitals » que l'article est adressé à la population migrante.
Résumé	Le problème, la méthode, les résultats et la discussion sont clairement explicités et précisés de manière synthétique dans le résumé.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Dans l'introduction, il est expliqué que la mise à disposition d'outils culturels et linguistiques dans les soins est un grand défi en politique de santé. Elle dit aussi que les hôpitaux sont de plus en plus confrontés à une clientèle diversifiée. Par conséquent, il y a des barrières linguistiques entre patients et soignants qui sont non négligeables : les patients ne parlent pas la langue du pays dans lequel ils se trouvent et les soignants ne parlent pas la langue du patient. Ceci a pour conséquence de créer des problèmes de communication et des malentendus qui affecteraient négativement la relation « clinique » et les résultats des traitements et du projet de soins. Les barrières linguistiques constituent donc un obstacle à des services de santé efficaces, sur la qualité des soins, la satisfaction des patients et les résultats sur leur santé. Ainsi, l'introduction formule clairement le problème étudié : les conséquences des barrières linguistiques sur la santé des patients ne parlant pas la même langue.</p> <p>Le problème est tout à fait pertinent dans le contexte des connaissances actuelles. Dans l'introduction, il est expliqué que lorsqu'on peine à communiquer avec un patient, les médecins vont mettre en place plus d'exams diagnostiques et donc plus d'exams invasifs inutiles. La continuité des soins et les services de prévention sont également touchés par l'obstacle dans la communication. Les connaissances actuelles nous montrent l'efficacité de la prévention sur la santé. Ainsi, lorsqu'en tant que soignants, nous ne pouvons pas exercer notre rôle propre de prévention ou promotion de la santé à cause d'une barrière</p>

linguistique, nous ne pouvons pas prévenir les risques que prend la personne pour sa santé et nous ne pouvons pas l'informer sur les facteurs qui pourraient promouvoir sa santé. De plus, la problématique de barrière linguistique nous paraît importante en vue de l'immigration de masse à laquelle nous sommes confrontés (Pays du Moyen-Orient) depuis maintenant bientôt 3 ans et qui se répercute dans les soins : les prises en charge deviennent ainsi de plus en plus complexes. En outre, la notion de « qualité de vie » est devenue centrale dans la profession d'infirmière. Ainsi, se baser sur des informations inexactes peut entraîner des résultats médiocres et menacer la qualité de vie des patients. On repère ici l'importance d'une communication efficace dans la prise en charge du patient et sur sa qualité de vie.

Le problème est pertinent par rapport à l'état des connaissances actuelles car les hôpitaux n'appliquent de loin pas tous, à l'heure actuelle, les recommandations en matière de communication interculturelle. Ainsi, la création d'un projet commun tel que « migrant-friendly hospitalis » peut permettre à ces derniers de se sentir plus engagé afin d'appliquer le projet avec plus de rigueur.

L'étude de cette problématique a toute sa signification à l'heure actuelle. En se basant sur la déontologie infirmière et sur les droits fondamentaux des humains de cette terre, nous ne pouvons pas, en tant que soignant et en regard de l'éthique professionnelle, prodiguer des soins de moins bonne qualité sous prétexte d'une barrière linguistique. Ce serait contraire à notre éthique en plus de toutes les conséquences négatives sur la santé que cela provoquerait.

Recension des écrits

Plusieurs études sont pris en compte dans l'étude :

Tocher and Larson, 1998 ; Jacobset al, 2004) : des stratégies professionnelles qui visent à faciliter la communication entre patients et soignants ont démontré leur efficacité dans l'amélioration de la qualité des services et des résultats des migrants et des minorités ethniques confrontées à des barrières linguistiques dans l'utilisation des services de santé.

Jacobs et al, 2004 ; Bischoff et al, 2003 : ils ont démontré que l'approche la plus efficiente est l'introduction d'interprètes médicaux professionnels car en plus de leurs connaissances linguistiques, les interprètes ont un vocabulaire médical fort et des compétences spécifiques en communication et surtout des principes éthiques liées à leur profession.

Jacobs et al, 2004 : une étude menée aux Etats-Unis montre que le coût annuel des interprètes par patient était compensé par des améliorations significatives dans l'utilisation des services aux patients, la conformité et la santé.

	<p><i>Schulze et al, 2003</i> : le type de soutien interprétatif fourni diffère en fonction des systèmes de santé concernés, de la composition démographique des communautés et des types de services fournis.</p> <p>La recension fournit quelques informations pertinentes sur les stratégies qui visent à améliorer la communication patient-soignant et l'efficacité de celles-ci dans l'amélioration de la qualité des soins. Elles démontrent également l'efficacité des interprètes dans les soins. De plus, un élément important en rapport avec les coûts de la santé : engager des interprètes serait, à plus long terme, compensé par les améliorations dans l'utilisation des services aux patients et sur la santé des personnes « non-natives ». Ainsi, la recension est selon nous, une base solide pour l'étude. Elle met en avant beaucoup d'éléments pertinents et donne du « poids » à l'étude par des arguments solides. La recension présente des sources primaires : celle se référant à Bischoff et Jacobs.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts-clés de l'étude sont les suivants : client, communication, rencontre clinique, minorité clinique, établissements hospitaliers, médiation interculturelle, services d'interprétation, barrières linguistiques et migrants. Les concepts-clés sont mis en évidence en début d'article et sont définis tout au long de celui-ci. Nous comprenons clairement ce que les auteurs veulent dire par rapport à ces mots-clés à la lecture de l'article. Par contre, le plan conceptuel n'est pas explicitement décrit dans l'article.</p> <p>Les concepts s'inscrivent dans le cadre de référence de l'article et sont liés au but de l'étude : l'ensemble des idées et des valeurs que veulent faire passer les auteurs sont en adéquation avec les concepts-clés. Les références ou les théories sur lesquelles se basent les auteurs de l'article contribuent à interpréter les données émises par ces derniers.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but est clairement explicité dans l'article. Nous comprenons ainsi que le projet des hôpitaux « The Migrant-friendly hospitals Project » représente un large éventail des services hospitaliers avec des situations migratoires diverses. Le projet a fourni des solutions qui ont été élaborées et mises en pratique à partir de combinaisons entre des besoins locaux sur les différents sites et une revue systématique d'interventions efficaces. La communication a été la plus grande préoccupation. Le projet permettrait donc le développement de services efficaces pour combler le fossé linguistique entre les prestataires et différents groupes de patients. L'accent du projet se trouve dans l'interprétation de la communication clinique, autrement dit, dans la transmission des informations médicales à travers les barrières linguistiques, grâce à la présence d'un interprète, soit en personne soit à distance, par téléphone, par vidéo ou autres supports.</p>

Neuf hôpitaux au Danemark, en Finlande, en Grèce, en Espagne, Irlande, Italie, Pays-Bas, Suède et Royaume-Uni ont collaboré pour améliorer la communication avec les migrants et les minorités ethniques en s'aidant de ce modèle. Les objectifs du projet « migrants-friendly hospitals project » seraient donc de veiller :

- A la prestation de services d'interprètes professionnels chaque fois que cela est nécessaire pour assurer une bonne communication entre les patients qui ne parlent pas la langue et l'équipe soignante.
- A ce que les patients soient informés de la disponibilité de ces services de façon à pouvoir y accéder
- A ce que l'équipe soignante soit habilitée à travailler avec ces interprètes pour surmonter les barrières de langue pour obtenir de meilleurs résultats
- A ce que les soignants fournissent du matériel (papier, vidéo,...) en matière d'éducation pour les patients qui ne parlent pas la langue.

La question de recherche est clairement énoncée mais la population à l'étude n'est pas clairement précisée ni spécifiée dans les buts de la recherche. Les auteurs parlent de migrants en général et non pas d'une population plus ciblée. Le projet en lui-même est très bien explicité.

La question de recherche découle logiquement du but et reflète le contenu de la recension des écrits. De manière très claire, l'article souhaite améliorer l'interprétation en communication clinique, en s'aidant du projet européen « migrant-friendly-hospitals ».

La question s'appuie sur des droits fondamentaux, sur le droit des migrants, leur santé et la promotion de la santé. La question se pose également sur ce projet « Migrants-friendly hospitals ». Ces droits fondamentaux sont inéluctables et s'appliquent à tout être humain, indépendamment de son origine, de ses croyances, de sa nationalité et de son statut social, n'importe où dans le monde.

METHODE

Population et échantillon

La population visée n'est pas décrite de façon précise. Les auteurs nous parlent de migrants sans vraiment préciser leur origine, âge ou sexe. Nous avons perçu cela comme une moins-value dans l'étude car une précision de la population migrante étudiée aurait donné plus de poids à l'étude. Nous savons simplement de la population qu'elle est issue de la migration et qu'elle est très limitée au niveau linguistique par rapport au pays où elle se trouve.

Considérations éthiques

Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont adéquats car le projet est basé sur les droits fondamentaux et les droits des migrants. Un des points forts de cette étude se trouve

Devis de recherche

dans le fait qu'elle essaie réellement de défendre les droits des migrants. En tant que soignantes, nous nous rendons compte à quel point ces droits sont importants à respecter car ils sont inéluctables. L'aspect « chronophage » ne doit pas empêcher la mise en œuvre d'un tel projet car ce temps qui semble « perdu » sera très vite compensé par une efficacité de traitement, un temps d'hospitalisation plus court et une meilleure utilisation des services de santé.

L'étude a été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les patients car selon les auteurs, la barrière de langue péjorerait l'état de santé de ces migrants car les décisions cliniques ne seraient pas en adéquation avec la réalité du patient.

La principale stratégie du projet consistait en une évaluation systématique des besoins dans les hôpitaux pilotes pour mettre en œuvre et évaluer des interventions fondées sur des données probantes, identifiées sur la base d'une revue systématique de la littérature et sur un processus de développement organisationnel vers la facilité d'accueil des migrants initié dans le projet, en utilisant le MFQQ (questionnaire sur la qualité « Migrant-friendly »).

Le projet MFH a été parrainée par la Commission européenne, la DG health and Consumer Protection (SANCO) et cofinancée par le ministère fédéral autrichien de l'Education, des Sciences et de la Culture. Le projet visait donc à améliorer l'impact des hôpitaux sur la santé des migrants et minorités ethniques. Des hôpitaux pilotes de 12 états membres de l'Union européenne ont collaboré et l'institut de sociologie de la santé et de la médecine à l'université de vienne a agi en tant que coordinateur. Le projet a donc profité d'un éventail d'experts et de plusieurs organisations internationales. Tout ceci a permis à l'étude d'atteindre son but car le projet a rassemblé des connaissances et des instruments pertinents pour soutenir les hôpitaux dans leur développement de la qualité.

Le devis fournit un moyen d'examiner toutes les questions de recherche et les hypothèses. En effet, le projet a été soutenu par de nombreuses organisations internationales et il a pu se mettre en place dans les différents hôpitaux sans problème.

Le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques car il se base sur des interventions fondées sur des données probantes, identifiées sur la base d'une revue systématique de la littérature.

La méthode de recherche est appropriée à l'étude du problème posé car quand on met en place un projet tel que le MFH, il faut mesurer les résultats avant et après sa mise en place pour vérifier son efficacité. Nous trouvons la méthode de recherche tout à fait adaptée par rapport au but recherché de l'étude. En effet, en

	<p>mesurant l'efficacité des interventions, elle pourra faire des recommandations qui permettront finalement d'avoir des soins adaptés aux patients qui ne parlent pas la langue.</p> <p>Les auteurs passent plus de temps avec les patients qu'avec les soignants. En effet, les soignants reçoivent plutôt des questionnaires alors que les patients bénéficient d'entretiens où ils peuvent s'exprimer face à face.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les auteurs ont surtout usé d'outils écrits, dont des questionnaires. Ces questionnaires ont été donnés avant et après l'intervention, ce qui fait qu'ils ont pu les comparer. Des sondages ont également été utilisés en plus de rencontres cliniques avec des interprètes pour évaluer les perceptions et ressentis des patients concernés. Selon nous, ces outils permettent de précisément mesurer les variables car les personnes peuvent réellement écrire ce qu'elle pense et il y a peu de biais. Ainsi, les observations du phénomène ont été bien ciblées selon nous.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Nous comprenons qu'une enquête sur le personnel avant et après l'intervention a été menée à l'aide de l'évaluation comparative de l'apprentissage. Le personnel de l'hôpital a été interrogé deux fois, une fois en février 2004 (n = 479 dans sept hôpitaux) et une deuxième fois en juin 2004 (n = 282 dans six hôpitaux), après la mise en œuvre des mesures. Les membres du personnel médical et infirmier ont été questionnés à l'aide d'un questionnaire standard écrit à propos de leur expérience lors des rencontres avec des patients parlant leur langue de manière très limitée et la façon dont ils ont évalué la qualité des services d'interprétation. Ils étaient également invités à réfléchir à la façon dont ils pourraient améliorer les supports d'interprétation. Dans le 2^{ème} sondage, il y avait des questions telles que « dans quelle mesure pensez-vous que votre situation de travail s'est améliorée suite à l'intervention ? ».</p> <p>Trois hôpitaux ont fait un sondage post-intervention pour les patients (n = 42), parallèlement à la 2^{ème} enquête du personnel de juin 2004.</p> <p>Après une rencontre clinique impliquant un interprète, les patients ont été interrogés sur la façon dont ils percevaient la présence et le travail d'un interprète, la rencontre avec le médecin et leurs points de vue sur la manière dont le support de l'interprétation doit être amélioré.</p> <p>Dans la 3^{ème} étape d'évaluation, les hôpitaux ont répondu à un court questionnaire afin d'évaluer la mesure dans laquelle l'intervention pourrait être mise en œuvre pour ainsi faire la liste des obstacles dans le processus de mise en pratique mais aussi pour avoir des informations sur la durabilité des mesures.</p>

Analyse des données

Les interventions du projet peuvent être classées en quatre groupes :

- Développement / amélioration de l'interprétation face-à-face
- Développement / amélioration de l'interprétation téléphonique
- Développement / traduction de documents écrits comme soutien à la communication
- Mise en œuvre de la médiation interculturelle

L'analyse des données s'est principalement faite de données statistiques descriptives.

RESULTATS

Présentation des résultats

Enquête auprès du personnel :

L'analyse des enquêtes avant et après l'intervention montre que la qualité des services d'interprétation a évalué de manière positive après l'introduction des mesures. On disait des interprètes qu'ils étaient disponibles dans un temps opportun et plus fréquemment (+17.5). En outre, des indicateurs de qualité définis tels que le rôle d'explication des interprètes (+10,8), les transmissions précises d'informations (+6.8%), la clarification par les interprètes (+7.7), la clarification des croyances culturelles (+10.5) et l'identification de besoins des patients par les interprètes (+7.3%) ont été relevés par les participants. La proportion de ceux qui estiment que le service est « excellent » ou « très bien » a augmenté de 21.3 à 54.9%. Le personnel a déclaré que les conditions de travail s'étaient améliorées en raison des interventions employées. Ces résultats sont adéquatement présentés dans les graphiques.

Enquête auprès des patients :

L'analyse a révélé des niveaux élevés de satisfactions des patients. A 78% les patients sont d'accord qu'avec l'aide d'interprètes hospitaliers, ils ont mieux compris les informations médicales. 83% des patients sont d'accord que les interprètes les ont aidés à transmettre des informations importantes (mode de vie) au médecin. Les patients pensaient également que les médecins prenaient du temps pour discuter avec eux (à 70.7% qui sont « fortement d'accord » et 29.3% sont « d'accord »). Les patients disaient également sentir que les médecins ont montré une sensibilité à leurs croyances et à leurs besoins culturels et les ont encouragés à poser des questions (68.3% « fortement d'accord » et 29.3 « d'accord »). D'un autre côté, les patients étaient moins satisfaits de la communication directe médecin-patient : seulement 31.7% ont été « fortement d'accord » sur le fait que le médecin leur a directement adressé la parole plutôt qu'à l'interprète pour donner ou recueillir de l'information. 48.8% étaient en « désaccord ».

Les thèmes sont associés entre eux afin de bien présenter le phénomène. L'auteur n'a pas fait évaluer les données par des experts. La situation locale, les partenaires impliqués et les mesures semblent avoir été les facteurs déterminants pour l'acceptation, la faisabilité et l'efficacité des interventions.

DISCUSSION

Selon les auteurs, la mise en œuvre des interventions s'est avérée être une tâche difficile. Les chefs de projet locaux ont dû ajuster leur stratégie, faire des compromis et démontrer des flexibilités considérables. Quatre interventions ont été mises en œuvre complètement, huit dans une certaine mesure et deux pas du tout. Les facteurs tels que l'acceptation et utilisation des services, le manque de temps et de logistique ont été des obstacles à la mise en place de ces interventions (limites de l'étude).

Ces quatre interventions mises en œuvre de manière complète sont :

- Le développement, le lancement et l'évaluation d'une liste « banque de langage »
- Des cours de formation du personnel portant sur les questions suivantes : importances des services d'interprète, les responsabilités d'interprètes, contracter les services d'interprète, communiquer par l'intermédiaire d'interprètes. Ceci aurait comme objectif l'utilisation d'interprète comme partie intégrante des soins de haute qualité.
- Un fichier de ressources d'informations écrites a été élaboré pour tous les services hospitaliers, comprenant : (1) un nouveau protocole pour le staff sur comment accéder aux interprètes (2) des formulaires de confidentialité des patients (3) des formulaires d'évaluation des interprètes pour le personnel (4) des pictogrammes dans 11 langues étrangères et (5) des feuilles « point-to-talk » pour les demandes spécifiques des patients en 20 langues différentes. L'objectif serait de soutenir la communication interculturelle hospitalière du personnel.
- La mise en place d'un service d'interprète pour trois langues, disponible de 8h00 à 22h00 pour le personnel d'un hôpital partenaire. L'objectif est de fournir un service d'interprétation de qualité aux principaux groupes de migrants.

Enfin, l'évaluation a permis de confirmer l'existence de connaissances et d'expériences internationales à propos de l'amélioration de la qualité d'interprétation des services hospitaliers. La coopération des hôpitaux avec un support scientifique s'est révélée réalisable et efficace malgré les grandes diversités des systèmes de santé et des structures hospitalières. Nous apprenons également qu'une grande souplesse a été accordée en ce qui

Interprétations des résultats

	<p>concerne la conception individuelle des procédures de réalisation des enquêtes, de sélection des groupes cibles et de planification et de mise en œuvre des mesures.</p> <p>Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet mais l'accent est mis sur l'interprète culturel comme stratégie efficace pour pallier aux obstacles linguistiques. L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Pour mettre en place un service d'interprétation dans un hôpital, il y a des étapes centrales par lesquelles il faut passer (comme par exemple : l'obtention d'un soutien symbolique et pratique dans la gestion, l'établissement de la coordination des services d'interprétation, l'embauche d'un coordonnateur ou le choix d'interprètes appropriées. Les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline sont de l'ordre de promotion de la qualité de vie des patients, indépendamment de leur origine culturelle. De plus, il faut être conscient que malgré les coûts que peuvent engendrer des services d'interprétation, ils seront très vite compensés par une meilleure réponse au traitement, une meilleure prise en charge, une durée d'hospitalisation plus courte et une meilleure accessibilité des soins de ces migrants. Cette étude suggère finalement que l'amélioration de la communication interculturelle grâce à l'aide des interprètes culturels est un des plus grands enjeux actuels dans les politiques de santé.</p>

Article 7: Involving migrants in the development of guidelines for communication in cross-cultural general practice consultations: a participatory learning and action research project (O'Reilly-de Brún & al., 2015)

<p>Éléments d'évaluations</p>	
<p>Titre</p>	<p>Le titre précise la population à l'étude qui est les migrants et indique le but de l'étude qui est d'inclure ces migrants dans le développement de lignes directrices pour les consultations interculturelles. Il précise également qu'il s'agit d'un projet participatif avec une recherche d'action.</p> <p>Nous pouvons donc dire que ce titre est précis et qu'il nous donne déjà une idée des thèmes et des concepts principaux de l'étude.</p>

<p>Résumé</p>	<p>Le résumé se divise en 6 parties distinctes. Comme titre de paragraphe, nous retrouvons : l'objectif, la conception, les participants, le réglage, les résultats et la conclusion.</p> <p>Les auteurs ont choisi de diviser, dans ce résumé, la partie méthode en trois paragraphes (conception, participant et réglage).</p> <p>Chacun de ces paragraphes résume dans les grandes lignes les éléments qui vont apparaître dans l'article par la suite et sont très bien construits. Ils permettent une vision globale de l'étude et attise la curiosité des lecteurs.</p>
<p>INTRODUCTION</p>	
<p>Problème de la recherche</p>	<p>Le problème mis en avant dans cet article est le challenge rencontré par les professionnels pour fournir des soins de qualité aux personnes migrantes. En effet, les migrants arrivant dans un pays hôte rencontrent très souvent des difficultés au niveau linguistiques et culturelles. Concernant les barrières linguistiques, il existe déjà certaines solutions connues comme l'utilisation des interprètes formels ou informels. Mais, il y a tout de même des solutions dont le résultat pour la santé des migrants restent plus méconnu ; l'utilisation de membre de la famille comme interprètes, l'utilisation des mimes ou des gestes...</p> <p>En vue des connaissances actuelles, les auteurs ont trouvé pertinent d'étudier de plus près l'impact de l'utilisation d'interprètes formels et informels ainsi que les différences entre ces deux solutions.</p> <p>Les postulats sous-jacents à l'étude ne sont pas précisés clairement dans cet article mais les auteurs indiquent que le manque de connaissance actuelle sur les bénéfices de l'utilisation d'interprètes est la raison qui les a amenés à développer cette recherche.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Une recension des écrits a été entreprise mais aucun article spécifique (source primaire) n'est cité dans le texte. Elle nous fournit un état des connaissances actuelles sur le sujet de l'utilisation des interprètes.</p> <p>Dans certaines littératures, il est relevé que l'utilisation d'interprète informel est parfois valorisée car ils sont présents et que cela engendre moins de difficultés. En résumé, il y a des avantages et des désavantages pour les deux types d'interprètes (formels et informels). Cependant, dans les études traitants cette thématique, il est rare que les deux types ont été confrontés l'un à l'autre et comparés d'où la volonté de développer cette recherche.</p> <p>Dans la partie méthode, les auteurs ont rajouté, concernant la recension des écrits, que les autorités de santé nationale (HSE) ont publié en 2008 des écrits. Ceux-ci mettent en avant que le langage</p>

	et la communication sont des priorités dans les soins.
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés ne sont pas mis en évidence ni définis dans le texte.</p> <p>La base théorique de cette étude suit le paradigme de l'interprétation et le principe d'étude de cas. Elle inclut une méthodologie d'apprentissage participatif et d'action basée sur le travail de Robert Chambers. Cette méthode a été utilisée dans des recherches de soins primaires et encourage la population à se concentrer sur les problèmes rencontrés.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est énoncé de manière claire et concise. Cependant, il n'y a pas d'indication dans ce paragraphe sur les variables utilisées dans l'étude ni sur la population plus précisément.</p> <p>Dans cette recherche, les auteurs n'ont pas émis d'hypothèse ou du moins, ne l'ont pas transcrits. Il n'y a pas non plus de question de recherche énoncée comme telle et nous n'avons pas connaissance de bases philosophiques sous-jacente à la recherche.</p> <p>Plus concrètement, la finalité de cette étude est d'intégrer les migrants et d'autres intervenants dans un dialogue concernant les avantages d'une stratégie communicationnelle par rapport à une autre dans les soins. Pour parvenir à ce but, 3 objectifs spécifiques ont été mis en évidence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documenter les stratégies formelles et informelles actuellement utilisés dans les consultations de pratique générale. - Déterminer l'accessibilité des différentes stratégies à travers les groupes d'intervenants. - Identifier, si possible, les stratégies recommandées pour une pratique de soin optimale.
METHODE	
Population et échantillon	<p>L'échantillon a été tiré de 5 groupes d'intervenants composés de migrants, d'un groupe d'intervenant travaillant avec les migrants et d'un groupe d'interprète.</p> <p>Pour tous les groupes, les chercheurs ont suivis les principes de l'échantillonnage délibéré en utilisant une combinaison de stratégies d'échantillonnage de réseau et de boule de neige. L'échantillonnage et le recrutement ont été appuyés par les liens existants et les contacts clés entre les migrants établis, les interprètes formels et le personnel de pratique générale.</p> <p>La population vient de la Ville de Galway, en Irlande entre 2009 et 2011. Cette région contient un des taux les plus élevés de migrants en Irlande.</p> <p>Dans ce paragraphe du texte, il n'y a pas d'indication sur le nombre</p>

	<p>de personne inclus dans la population ni sur la manière dont les auteurs ont choisi de déterminer l'échantillon.</p> <p>L'origine des participants ne sont pas décrits dans la partie méthode, mais apparaisse dans la partie résultats tout comme la taille de l'échantillon. 8 migrants parlaient le polonais, 9 le russe, 9 le Portugais, 8 le congolais, 8 l'ourdon et 9 le nigérien.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Il n'y a de renseignement, dans cette partie de l'article, quant aux moyens pris pour sauvegarder les droits des participants. Les auteurs n'ont pas précisé si la recherche a été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants.</p> <p>Dans la partie discussion, il est indiqué que les chercheurs ont utilisé le guide éthique de recherche pour les minorités ethniques (BME).</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Il s'agit d'une étude de type qualitative impliquant une méthodologie participative d'apprentissage et d'action (PLA). Ce devis permet aux chercheurs d'atteindre le but souhaité grâce à des interviews. Le choix du devis permet de respecter les différents critères scientifiques et est appropriée aux problèmes mis en évidence dans cette étude.</p> <p>L'étude a été réalisée en Irlande qui est un pays dont 12% des habitants sont née hors du pays.</p> <p>Cette recherche a été entreprise en association avec le HSE (autorités nationales de santé).</p> <p>Le temps passé sur le terrain et auprès des participants a été suffisant pour pouvoir apporter des résultats probants.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les données ont été générées en utilisant des interviews de style « PLA » (<i>Participatory Learning and Action</i>) focalisé sur un individu ou sur un groupe d'individu. Cela signifie que la rencontre impliquait un mode d'engagement « PLA » et l'utilisation de techniques « PLA » pour encourager la transmission interactive des données et l'analyse.</p> <p>Les données ont été générées sur des diagrammes étendus de « PLA » préconçus d'après des protocoles qui ont permis de constater que les données ont été enregistrées de manière cohérente dans tous les groupes. Chaque donnée a été informatisée directement afin d'être sur de préserver ces résultats.</p> <p>La question de recherche n'était pas clairement formulée au préalable et les outils de mesure sont explicités de manière vague.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Dans ce paragraphe, le déroulement de l'étude est décrit de manière détaillée. Toutefois, les informations données par les auteurs sont parfois un peu flous. Par exemple, les différents groupes interrogés sont décrits de manière très vague ainsi que les questions qui</p>

	<p>étaient posés aux participants.</p> <p>Il n'y a pas de variable décrite dans cette étude et nous n'avons aucune indication sur l'âge, les origines ou les statuts sociaux des migrants.</p> <p>Le déroulement de cette étude est divisé en 3 phases avec des activités spécifiques dans chacune de ces phases.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Phase 1 : Dans cette première phase, 5 groupes de migrants établis ont été créés. Afin de développer la confiance et les relations à l'intérieur d'un groupe, les experts ont laissé 8 mois pour compléter la phase 1. Au cours des interviews de groupe, le dialogue était ouvert à propos de la communication interculturelle sous forme de partage entre les participants. Le thème des interprètes était cité et discuté. - Phase 2 : Le but de cette phase était d'étendre le dialogue à un plus large échantillon de population. Des stratégies de communication interculturelles sont mises en évidence ainsi que les bénéfices de ces stratégies pour ainsi créer un scénario idéal de prise en charge. Les auteurs ont souhaité également déterminer l'accessibilité de ces stratégies dans les pratiques courantes. Un autre groupe de migrant qui ne parlait pas couramment l'anglais a été interrogé. - Phase 3 : Le but de la phase 3 était d'avoir un dialogue participatif entre les différents acteurs pour développer une vision commune sur les stratégies permettant des soins de qualité. Chaque groupe a pu présenter les stratégies discutées en phase 2 et comparé avec celles des autres groupes. Les individus pouvaient commenter les stratégies des autres groupes et juger lesquelles étaient, selon eux, viables et applicables.
<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d'analyse de données sont décrites globalement. Les facteurs pouvant influencer les résultats sont donnés sous forme de limites mais pas dans cette partie de l'article.</p> <p>Plus concrètement, les données informatisées créées à partir des évaluations ont permis de partager facilement les informations lors de la réunion en face-à-face ou lors d'échange de mail.</p> <p>Toutes les données des phases 1 à 3 ont été analysées suivant les principes de l'analyse thématique. En plus de la coanalyse avec le groupe des participants, les chercheurs de l'université ont pu discuter et débattre des problèmes émergents et ainsi synthétiser les résultats clés.</p> <p>Il nous est indiqué que les résultats sont présentés ci-dessous avec une sélection d'exemples illustratifs et de participants.</p>

RESULTATS

Présentation des résultats

Les résultats de cette étude sont présentés sous formes de nombreux tableaux et d'un texte narratif. Ils sont très détaillés et les tableaux sont bien expliqués. Cependant, il est compliqué de comprendre dans quel ordre nous pouvons lire le texte ainsi que les tableaux car ceux-ci sont disposés un peu aléatoirement dans l'article.

Sur un échantillon de 80 personnes, 15 étaient des professionnels et 58 étaient des migrants. Les 7 individus restant étaient des interprètes formels.

Dans l'échantillon de praticien (n=15), il y avait 6 hommes et 9 femmes qui ont de l'expérience avec les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants économiques.

Concernant la population migrante, il a été difficile de développer des variables dues aux circonstances vulnérable de cette population (demandeur d'asile, personne sans statut légal...).

Concernant les résultats de l'étude ; dans la phase 1, 27 stratégies utilisés pour améliorer la communication interculturelle ont été identifiées. Par la suite, 13 ont été retenus en phase 3 et discuté entre la population de l'étude.

En seconde partie, les individus se sont intéressés plus concrètement à l'utilisation d'interprètes formels et informels.

- Interprètes formels -> La traduction par téléphone et par un professionnel sur place font partie de ce type d'interprètes. Il a été retenu que le scénario idéal est un service qui accompagnerait le patient à son rendez-vous complet et qui connaîtrait, dans les grandes lignes, les problèmes de santé de celui-ci. En effet, les experts considèrent que l'utilisation d'interprètes formels va permettre une économie de temps et d'argent. Cependant, il y a également des biais à l'utilisation d'interprète formel tel qu'une baisse de l'intimité entre le praticien et le migrant par exemple.
- Interprètes informels -> Nous pouvons identifier, comme interprètes informels, un enfant, un membre de la famille ou un ami. Les avantages sont leur accessibilité ainsi que le fait que cela peut s'avérer réconfortant pour le patient d'avoir un membre de la famille près de lui. Il y a également des biais à l'utilisation de ce type d'interprètes comme une connaissance imparfaite de la langue nationale ou encore la retenu des patients de dire leur problème face à un membre de la famille.

Les résultats sont explicités également sous forme de tableau récapitulatif. Par exemple, un de ces tableaux répertorie les exemples de problèmes au niveau du langage corporel qu'on peut

	rencontrer avec un migrant. Ils sont très intéressants à découvrir et les auteurs ont fait un travail approfondi à ce propos.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Dans le chapitre sur la discussion, un résumé des résultats est réalisé concernant les interprètes et leur utilisation. Les résultats concordent avec les études antérieures réalisées sur le sujet et la conclusion reflète les éléments qui ressortent de l'étude de manière synthétique.</p> <p>Cette étude indique que la famille et les amis sont utilisés comme interprètes informels et qu'ils sont parfois utiles dans ce rôle. Cependant, ils concluent qu'ils ne sont pas acceptés en termes de « bonne qualité de soins ». Les services doivent travailler en partenariat avec des interprètes formels.</p> <p>Un aspect positif de cette recherche est le partage entre les membres de leur point de vue respectif. En effet, après avoir entendu le point de vue de l'autre, chaque membre du groupe a eu la chance d'exprimer une opinion individuelle sur les différentes stratégies présentées.</p> <p>En termes de représentativité, les auteurs considèrent que, dans l'ensemble, il s'agissait d'un échantillon présentant une gamme d'antécédents sociodémographiques vaste et une diversité considérable en termes d'expertise des professionnels.</p> <p>Les limites de l'étude sont définies de manière précise mais ne figurent pas dans cette partie du texte. En effet, elles sont présentées sur la première page de l'article. Il est identifié que les migrants interrogés dans cette étude ont une expérience limitée concernant les interprètes formels par exemple.</p>
Conséquences et recommandations	Les auteurs ne donnent pas de recommandations particulières. Ils offrent des pistes de réflexion pour la suite et pour de futures recherches dans le domaine.

Article 8: Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral (Bischoff & al., 2003)

Éléments d'évaluations	
Titre	Le titre précise les concepts clés (obstacle linguistique, impact) et la population étudiée (infirmières et demandeurs d'asiles).

Résumé	Le résumé synthétise la recherche dans les grandes lignes (introduction, méthode, population, résultats, discussion, conclusion).
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Dans des pays comme la Suisse comportant d'importantes populations de migrants et de réfugiés, les interactions patient-migrant et infirmières deviennent très fréquentes. Or, les réfugiés ou les demandeurs d'asiles parlent très souvent une langue différente de celle des soignants et nous nous retrouvons vite confrontés à des barrières de langue non négligeables. La recherche ayant montré que la qualité des soins dépendait d'une bonne communication entre le patient et le bénéficiaire des soins, il serait judicieux d'appliquer cette affirmation scientifique aux rencontres « interculturelles » patient-soignant. Ainsi, si l'on souhaite prétendre à des soins culturellement congruents, l'élimination de barrières linguistiques en est la première mission. Certaines études (Manson, 1998 ; Sarver & Baker, 2000 ; Perez-stable, Napoles-Springer et Miramontes, 1997) ont montré que lorsque un patient et une infirmière communiquent de manière concordante, les patients peuvent bénéficier d'une prise en charge de meilleure qualité. Des soins de santé culturellement et linguistiquement congruents peuvent être atteints soit par des professionnels de la santé bilingues qui jouent un rôle de ressource linguistique ou alors à travers l'utilisation d'interprètes professionnels formés pour travailler dans des milieux de la santé (Diaz-Duque, 1982; Buchwald, Caralis, Gany, Hardt & Putsch, 1993; Woloshin, Bickell, Schwartz, Gany et Welch, 1995; Hornberger, Itakura, & Wilson, 1997; Riddick, 1998; Stolk et al., 1998).</p> <p>La problématique est tout à fait pertinente dans le contexte actuel d'afflux de migrants venant de pays du Moyen-Orient (Syrie, Irak, Palestine,...) depuis maintenant 5 ans. Les soignants sont directement concernés par ces changements dans la population dus à l'arrivée de ces populations qui ont fui leur pays. L'auteur, à ce moment-là, avançait qu'il y a peu d'articles littéraires sur le sujet. Or, depuis la publication de cette étude, il y en a eu de nombreuses études sur cette même thématique.</p>
Recension des écrits	Les recherches antérieures sont citées dans tout l'article et viennent soutenir le but de cette étude. Elles sont une synthèse de l'état de la question à ce moment-là et semblent être une base solide pour l'étude.
Cadre de recherche	Les concepts clés ne sont pas mis en évidence dans l'étude. Nous comprenons que le concept-clé est la barrière linguistique (et comment elle impacte l'évaluation infirmière de l'état de santé des demandeurs d'asile et la suite de la prise en charge) mais le concept

	<p>est peu défini. L'auteur cite simplement dans l'introduction que les études antérieures ont montré que la qualité des soins dépendait d'une bonne communication entre infirmière et patient (cadre de référence).</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Les hypothèses de l'étude sont énoncées dans l'introduction dans le sens où l'auteur suppose que des obstacles en communication ne permettraient pas de prodiguer des soins de santé adéquats.</p> <p>Le but de l'article est cité de manière claire et concise par l'auteur dans l'introduction. La population est aussi clairement ciblée. Le but de cette étude est ainsi de remédier à une probable lacune dans la littérature par rapport à cette thématique en évaluant dans quelle mesure la concordance de la langue entre patient-soignant affecte l'évaluation (infirmière) de l'état de santé des demandeurs d'asile et la réorientation à des soins subséquents (réorienter vers d'autres services de santé adaptés à leurs besoins. Ex. soins psychologiques). Ces propos sont complétés par la recension des écrits qui soutiennent le but de l'étude.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>Dans la méthode, l'auteur explique la manière dont sont accueillis les migrants lorsqu'ils viennent en Suisse. Ils déposent en effet leur demande d'asile dans l'un des 4 centres d'accueil à l'Office fédéral des réfugiés puis, en faisant l'objet d'un premier interrogatoire sur les raisons qui ont menés à la demande d'asile, ils ont une visite de santé par des équipes de soins infirmiers. Plus tard, ces demandeurs d'asiles sont envoyés dans différents centres dans les cantons où ils bénéficient d'un suivi médical. Au moment où l'article a été publié, il y avait 155'000 demandes d'asiles sur 1.5 million de personnes issues de l'immigration. Les auteurs ont analysé 723 questionnaires remplis par des demandeurs d'asile (qui sont fait passer par les infirmières à Genève à leur arrivée, voir ci-dessous « collecte de données »). Ainsi, la population a été choisie en fonction de son statut social (demandeurs d'asile) et il n'y a pas eu d'autres critères d'inclusions ou d'exclusion. La population ciblée est donc assez générale et diversifiée. Elle n'est pas ciblée par rapport à l'âge ni l'origine des demandeurs d'asile ; originaires des Balkans à 57%, de l'Asie, de l'Afrique, 72% était des hommes, âge entre 15 et plus de 34 ans, âge médian 26.5 ans, 50% avaient moins de 25 ans et 55% était célibataires, 41% mariés et 4% séparés, divorcés ou veufs. Nous estimons que cette façon de faire ne porte pas préjudice à l'atteinte des objectifs visés. En effet, les auteurs espèrent savoir dans quelle mesure la concordance de la langue entre patient-soignant affecte l'évaluation de l'état de santé des demandeurs d'asile et leur orientation à d'autres soins. Les auteurs ne précisent ni l'origine ni l'âge qu'ils souhaitent étudier (leur questionnement est</p>

	<p>assez général). Par contre, il n'est pas précisé comment la taille de l'échantillon a été déterminée. Nous savons simplement que les auteurs ont participé à 723 entretiens entre juin et décembre 1998.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>L'étude a été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices (recours à des interprètes lorsqu'ils répondaient aux questionnaires par exemple) pour les participants. Nous n'avons pas d'autres informations sur moyens mis en place pour préserver les droits des participants mais nous avons l'impression que la récolte de données s'est fait en respectant les droits fondamentaux des participants comme la dignité humaine, l'intégrité et l'égalité.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>L'étude s'est probablement inspirée de la philosophie de la phénoménologie car les auteurs mettent l'accent sur l'expérience vécue : on s'intéresse à ce que les demandeurs d'asile vivent, à comment la communication avec les infirmiers a des impacts sur leur santé.</p> <p>L'étude a été rétrospective (longitudinale) et n'a donc pas la force analytique d'un essai prospectif et expérimental. Le questionnaire est un outil de dépistage et non pas un instrument de recherche. Il n'a pas été conçu pour évaluer les caractéristiques linguistiques. Ainsi, le choix du devis ne permet pas de respecter tous les critères scientifiques (l'applicabilité et la neutralité).</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Dans le canton de Genève, les infirmières font passer un questionnaire aux demandeurs d'asile à leur arrivée lors d'un entretien. Ce questionnaire vise à faciliter le premier contact du demandeur d'asile avec les services de santé, à détecter les signes liés au syndrome de stress post-traumatique pour les guider vers d'autres soins de santé qui répondent à leurs besoins. Les auteurs ont examiné 723 entretiens de dépistages avec des demandeurs d'asile effectués entre juin et décembre 1998. Les caractéristiques sociales et démographiques (sexe, âge, origine, état matrimonial), les symptômes physiques et psychologiques, l'exposition à la violence avant son entrée en Suisse et la réorientation vers d'autres soins médicaux ou psychologiques ont été enregistrés. Des symptômes comme le mal de dos, la dyspnée, les douleurs abdominales, la perte d'appétit, la dysurie et la palpitation ont été classés comme des symptômes physiques alors que l'insomnie, la nervosité, la tristesse et la perte de mémoire ont été classés dans les symptômes psychologiques. Tous ces éléments étaient inscrits dans le questionnaire mais seuls les symptômes sévères (rencontrés la semaine précédant l'entrevue) ont été utilisés dans l'analyse. Ainsi, les outils de mesure sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables sans problème.</p> <p>Le questionnaire, instrument utilisé par ces infirmières, avait déjà été</p>

	<p>validé (Biostatistician's report on the Validity Study, by S. Pampallona, 1997) et a pu être utilisé par les auteurs à des fins liés à cette étude ; ainsi, ce questionnaire n'a pas été créé par les auteurs mais il a été importé.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>En plus des informations reprises dans le questionnaire décrit ci-dessus, d'autres renseignements ont été récoltés : la langue utilisée lors de l'entrevue, l'utilisation et le type d'interprètes, la qualité de la communication évaluée par les infirmières et la capacité des infirmières à parler la langue utilisée dans l'entretien. La capacité de l'infirmière à parler les différentes langues a été évaluée par l'un des auteurs (A.B). Une équipe de 6 infirmières a effectué les entretiens. Lorsque l'infirmière et le demandeur d'asile ne parlaient pas une langue commune, ce sont les parents ou les amis des demandeurs d'asile qui faisaient les interprètes.</p> <p>4 aspects de l'utilisation de langue pendant l'entrevue ont été mesurés : la présence ou l'absence d'un interprète, la qualité de la communication évaluée par les infirmières (bonne, suffisante ou médiocre) et la concordance linguistique.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites. Les tableaux ont été utilisés pour décrire les relations entre les caractéristiques sociodémographiques, la présence ou l'absence de symptômes, la qualité de la communication évaluée par l'infirmière et la concordance linguistique. Les modèles de régression logistique ont été utilisés pour estimer les rapports de probabilités ajustés entre le rapport des symptômes et la réorientation à d'autres soins tout en tenant compte des origines de patients, du sexe, de l'âge. Tous les tests étaient séparés en 2 parties, avec un niveau de signification de 0.05.</p> <p>Il n'y a pas de résumé des résultats dans la méthode.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux où sont représentés les origines, sexe, âge et statut matrimonial des différents demandeurs d'asile. Nous pouvons voir plusieurs tableaux qui synthétisent les résultats de l'étude sous forme de pourcentage (N= 723).</p> <p>Trois thématiques ont émergé dans les résultats (tous en lien l'un avec l'autre afin de bien représenter le phénomène et tous s'articulent entre eux) : la qualité de la communication avec les demandeurs d'asile, les symptômes signalés par les demandeurs d'asile et les événements traumatiques et l'orientation à des soins médicaux ou psychologiques.</p> <p><u>La qualité de la communication avec les demandeurs d'asile</u> : elle a</p>

été évaluée bonne à 37% dans toutes les entrevues, suffisante à 28% et pauvre à 25%. L'évaluation de la qualité évolue beaucoup selon les origines des demandeurs d'asile (plutôt médiocre avec les demandeurs d'asile des Balkans et du Moyen-Orient mais plutôt bonne avec les Africains ou les Latino-Américains). La communication était la meilleure avec le groupe d'âge 25 à 29 ans. A savoir que lorsque la qualité de la communication était jugée bonne, la détection des symptômes était significativement plus élevée (tableau 3). Lorsqu'elle était médiocre, le nombre de symptômes physiques ou psychiques signalés était 2 à 3 fois plus faible que lorsque la qualité de la communication était bonne. Dans 76% des entrevues, aucun interprète n'était présent. Des amis ont servi d'interprète dans 16% des entretiens, tandis que les interprètes formés n'étaient présents que dans 8% des entretiens. Lorsqu'ils étaient disponibles pour des entretiens, le niveau de détection des symptômes physiques était très élevé, contrairement aux symptômes psychologiques, qui étaient moins détectés. La concordance linguistique a été adéquate dans 393 consultations (55%), partielle dans 196 consultations (27%) et insuffisante dans 123 consultations (18%). Il y a également une corrélation forte entre la concordance du langage et la détection de symptômes (et de symptômes signalés) mais aussi entre la concordance linguistique et l'évaluation de la qualité de la communication (ex. la communication a été jugée médiocre dans 88% des entretiens non concordants).

Symptômes signalés et événements traumatiques vécus par les demandeurs d'asile : 140 demandeurs d'asile (19%) ont signalé un ou plusieurs symptômes physiques graves, 135 (19%) ont signalé un ou plusieurs symptômes psychologiques graves et 455 (63%) ont signalé avoir été exposé à des événements traumatiques. Plus de femmes que d'hommes (24%) et plus de personnes mariées que de célibataires (25%). Les symptômes physiques les plus fréquents comme les maux de tête, les douleurs abdominales et le mal de dos étaient moins susceptibles d'être signalés lorsque la concordance linguistique entre les demandeurs d'asile et les infirmières était insuffisante (tableau 4). C'est le même cas pour les symptômes psychologiques. L'insomnie, la nervosité et la tristesse étaient plus signalées lorsque la concordance linguistique était bonne. Pour les événements traumatiques, les différences étaient encore plus importantes (guerre, violence, détention, décès d'un parent) lorsqu'il y avait une bonne concordance de langue.

Orientation à des soins médicaux ou psychologiques :

A la suite de ces interviews, les infirmières ont renvoyé 314 (43%) demandeurs d'asile à de nouveaux soins médicaux et 85 (12%) à des soins psychologiques. Par rapport aux soins psychologiques, les infirmières ont proposé un suivi avec un spécialiste de la santé

mentale le plus souvent aux personnes mariées et veuves, aux femmes, aux personnes plus âgées mais aussi lorsque les symptômes physiques ou psychologiques étaient grave ou lorsqu'ils avaient vécu des événements très traumatiques. Avec le modèle de régression logistique qui prend en compte l'âge, le sexe, l'origine, la réorientation à des services de soins médicaux n'a pas été associée à la concordance linguistique (tableau 6). Par rapport à la réorientation dans des soins psychologiques, elle a été plus élevée lorsque la concordance linguistique était adéquate.

DISCUSSION

Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche qui est la qualité de la communication entre infirmière et patient demandeur d'asile et impact sur la détection des symptômes et la réorientation à des soins (médicaux, psychologiques). Les résultats concordent tout à fait avec les études antérieures qui viennent appuyer les finalités.

Discussion sur les questions méthodologiques :

L'auteur a élargi le concept de concordance linguistique par rapport à celui qui est retrouvé dans des études antérieures (Manson, 1988; Perez-Stable, Napoles-Springer & al., 1997). Il a introduit trois catégories de concordance au lieu de 2 : la concordance adéquate (les deux parties parlent la même langue ou les deux parties peuvent aussi parler dans leur langue et se comprendre par le biais d'interprètes), la concordance partielle (l'infirmière n'a qu'une compétence limitée pour parler la langue comprise par le demandeur d'asile ou un parent/ami non formé agit comme interprète dans l'entretien) et la concordance inadéquate (l'infirmière ne possède presque aucune compétence dans la langue parlée par le demandeur d'asile et il n'y a pas de service d'interprète).

La qualité de la communication peut être considérée comme une évaluation globale de la qualité de l'entrevue. Même si elle n'a été évaluée que par des infirmières, elle s'est fortement corrélée à la concordance linguistique. Une concordance de langue insuffisante a été associée à une « sous-déclaration » de symptômes importants et est un indicateur de risque par rapport à une réorientation insuffisante dans d'autres soins de santé.

Une interprétation comme moyen d'aborder les barrières linguistiques :

Selon les auteurs, peu d'importance est accordée aux barrières linguistiques et à leurs impacts possibles sur les entretiens médicaux. Cette étude suggère que la concordance linguistique et l'utilisation d'interprètes peut accroître la détection de symptômes traumatiques, de symptômes psychologiques et physiques et

Interprétations des résultats

augmente ainsi les chances de réorientation à des services de soins adaptés aux besoins. La concordance de langue inadéquate et la mauvaise qualité de la communication ont probablement conduit les infirmières à « sous orienter » les demandeurs d'asiles à des soins psychologiques.

Afin de réduire les obstacles linguistiques, les services de santé dépendant principalement des ressources linguistiques internes en utilisant leurs professionnels de la santé bilingues comme médiateurs interculturels et ne font que rarement appel à des interprètes professionnels. Or, lorsque les soignants utilisent des interprètes informels, ils ne peuvent pas non plus certifier que les patients et les professionnels de la santé se sont compris, surtout lorsque des problèmes culturellement sensibles sont abordés.

Dans l'étude présente, la présence d'interprètes a influencé positivement la détection des symptômes (physiques, psychiques et événements traumatiques) ainsi que la réorientation à des soins adéquats. L'étude fournit des éléments de preuve suggérant que les parents servant d'interprètes n'aident pas forcément à améliorer le dépistage de symptômes psychologiques et ne sont donc pas une stratégie prometteuse lorsqu'il s'agit de s'attaquer aux barrières linguistiques (les demandeurs d'asile se sentent mal à l'aise de confier leurs troubles psychologiques devant un membre de la famille).

L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses et concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet.

Limite de l'étude :

Les patients ne pouvaient pas commenter leurs propres capacités linguistiques ni celles de l'infirmière. De plus, les compétences linguistiques de l'infirmière ont été évalué par un des auteurs et non pas par des tests de compétence.

L'étude a été rétrospective et n'a donc pas la force analytique d'un essai prospectif et expérimental. Le questionnaire a été un outil de dépistage et non pas un instrument de recherche et il n'a pas été conçu pour évaluer les caractéristiques linguistiques.

L'échantillon ne correspond pas à une population classique de soins primaires car la population étudiée implique tous les demandeurs d'asile qui ont leur visite sanitaire à Genève pendant une période donnée.

Conséquences et recommandations

Ce sont probablement des raisons économiques qui empêchent les institutions de soins de mettre en place des services d'interprètes qualifiés. Or, d'autres études montrent que les coûts engendrés suite à une mauvaise interprétation (par la famille/ami) et donc un

diagnostic insuffisant sont plus élevés que si l'on introduisait directement des interprètes qualifiés (Tang, 1999).

En conclusion, l'étude suggère l'utilisation d'interprètes formés dans les institutions de soins pour améliorer la détection précoce de symptômes physiques et psychologiques (traumatismes) présents chez les demandeurs d'asile afin de leur apporter des soins appropriés. En tant qu'infirmiers, nous devrions demeurer conscients de l'importance de l'évaluation clinique dans notre profession. C'est une compétence qui fait partie intégrante de notre rôle propre et nous devons la défendre. Or, manquer des symptômes psychologiques graves chez ces personnes vulnérables par manque de moyen d'interprétation peut être vu comme une faute grave, conformément aux droits fondamentaux et à l'éthique professionnelle. Nous devons mettre tous les moyens de notre côté pour contribuer à faire la meilleure évaluation clinique de ces patients fragiles et nous battre avec des arguments issus d'études scientifiques comme celle-ci, afin de nous munir des meilleurs moyens pour y parvenir.

Article 9: Migrants and professionals views on culturally sensitive pre-hospital emergency care (Kietzmann & al., 2015)

Éléments d'évaluations	
Titre	Le titre précise le concept global de l'étude qui est l'opinion des migrants et des professionnels concernant les soins d'urgence pré-hospitaliers culturels, mais la population est très brièvement citée.
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche :</p> <p><u>Objectif</u> : Cette étude a été conçue pour explorer les points de vue des migrants et des professionnelles ai niveau des soins d'urgence pré hospitaliers culturelles, afin d'adapter ses soins aux besoins des migrants.</p> <p><u>Méthode</u> : Des entrevues ont été réalisés avec 41 migrants ayant reçu des soins d'urgence pré-hospitaliers directs (en tant que patients) ou indirects (comme proche). De plus, 20 professionnels dans le domaine des soins d'urgences pré-hospitaliers ont été interrogés.</p> <p><u>Résultats</u> : L'analyse du contenu a montré cinq catégories distinctes, selon les énoncés des migrants et six selon les professionnels. Alors que les migrants ont accordé la priorité aux compétences de base des premiers intervenants, tels que les «compétences sociales /</p>

	<p>émotionnelles» et les «compétences de communication», les professionnels eux considèrent que c'est le «savoir culturel», la «conscience» et l'«attitude» qui sont le plus important. Les migrants ont fourni des indications d'ordre pratique alors que les professionnelles ont abordé la question d'une perspective plus théorique.</p> <p><u>Conclusion</u> : Les problèmes liés aux soins culturels et les différents points de vue des deux groupes interrogés ont donné lieu à huit recommandations pour les soins d'urgences pré-hospitalier culturels.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème est clairement formulé :</p> <p>Le nombre de migrants dans le monde est en constante augmentation. L'Allemagne est classée comme l'hôte du 3ème plus grand nombre de migrants internationaux dans le monde en 2013.</p> <p>Ces changements démographiques sont des défis pour le système de soins de santé, en particulier dans le domaine des soins d'urgence préhospitaliers. C'est parce que la société est devenue diversifiée sur le plan culturel et linguistique.</p> <p>Le premier lien de contact avec les victimes de blessures se produit dans le cadre d'urgence pré-hospitalier. Les premiers intervenants allemands ont déclaré que les différences culturelles et linguistiques entre les patients d'urgence et le personnel peuvent avoir des conséquences graves, car les difficultés de communication entre eux et les différentes façons d'exprimer la douleur peuvent rendre le diagnostic et le traitement plutôt difficiles.</p> <p>Les migrants signalent encore moins de satisfaction quant aux soins reçus dans un service d'urgence par rapport aux non-migrants. Les patients qui ne parlent pas la langue prédominante du pays dans lequel ils ont reçu des soins d'urgence ont été moins satisfaits de la courtoisie et du respect reçus par rapport aux patients qui parlent la langue prédominante.</p>
Recension des écrits	<p>Les chercheurs se sont basés sur plusieurs études :</p> <p>Une étude menée en Australie a montré une plus grande insatisfaction chez les patients qui ne parlent pas l'anglais par rapport aux patients anglophones (Mahmoud et al., 2014). Cette étude a également confirmé que l'utilisation d'un service d'interprète améliorerait les niveaux de satisfaction des patients. Une autre étude menée en Israël a montré que les patients arabes et russophones étaient significativement moins satisfaits des soins reçus, ce qui était lié à la compétence perçue, aux attitudes et au respect, ainsi que les informations fournies par le personnel (Goldwag et al., 2002) .</p> <p>Les chercheurs se sont basés sur plusieurs revues de divers auteurs</p>

	pour définir le concept de compétence culturelle, tel que Leininger, Domening, Campinha-Bacote, Suh, Bolten, Cross et al., ainsi que Purnell,
Cadre de recherche	Le concept clé qu'est la compétence culturelle est clairement défini sous l'angle de plusieurs approches. Sur le plan conceptuel, plusieurs théories et modèles de soins tels que Leininger et Purnell sont abordés.
Buts et question de recherche	L'objectif principal de cette étude était d'explorer les points de vue des migrants et des professionnels sur les soins d'urgence pré hospitaliers culturellement sensibles. Une conception de recherche qualitative a été choisie pour recueillir un large éventail de notions et d'expériences de personnes diverses. Bien que les professionnels aient une expertise théorique et / ou pratique concernant les situations interculturelles d'urgence pré hospitalière, les migrants qui ont subi une urgence directe (en tant que patient) ou indirecte (en tant que proche) peuvent avoir des idées sur ce qui est important pour avoir des soins appropriés. Deux questions de recherche principales ont guidé cette étude: (1) ce que les professionnels comprennent de la compétence culturelle? Et (2) quelles recommandations les patients migrants accordent-ils concernant leurs besoins de soins dans une situation d'urgence?
METHODE	
Population et échantillon	<p>Au total, 41 personnes ayant un milieu de migration ont participé à l'étude qualitative. Les critères d'inclusion étaient: a) un âge minimum de 18 ans; (B) une personne directement (à titre de patient) ou indirectement (en tant qu'autre proche significatif) a connu une situation d'urgence au cours des cinq dernières années; Et (c) une interaction entre la personne concernée et le premier intervenant.</p> <p>Le recrutement des participants a été réalisé avec le soutien de plusieurs associations de migrants, avec lesquelles plusieurs événements d'information ont été organisés. 22 migrants ont été recrutés lors de ces événements pour cette étude. En outre, des demandes individuelles ont été faites dans des cabinets médicaux, où 18 migrants supplémentaires ont été sélectionnés pour cette étude. Une personne a répondu à un article d'information dans le journal de langue russe "У нас в Гамбурге" ("Here in Hamburg") (Wildfang et al., 2011, 7) avec une tirage de plus de 10 000.</p>
Considérations éthiques	L'approbation de la Commission d'éthique de l'Université de Greifswald a été donnée (29/09/2010). La participation à l'étude était volontaire. Avant de donner leur consentement écrit pour l'utilisation des entrevues dans l'étude, les participants ont été

	assurés de l'anonymat et on leur a dit qu'ils pouvaient mettre fin à l'entretien en tout temps sans conséquences négatives. Toutes les informations ont été traitées en toute confidentialité, de sorte que les participants ne peuvent être connectés aux citations utilisées dans les résultats.
Devis de recherche	Un devis de recherche qualitative est élaboré dans cette article, afin d'avoir une diversité dans les résultats par différentes expériences et personnes.
Modes de collectes de données	Toutes les entrevues ont été menée par deux psychologues, bilingues (allemand-turc et allemand russe). Un traducteur professionnel allemand-persan et un allemand-serbe sont présent et soutiennent l'entretien. MAXQDA® 2010 a été utilisé pour gérer les données qualitatives.
Conduite de la recherche	Toutes les interviews audio-enregistrées ont été transcrites. Les entretiens dans la langue maternelle des participants ont été traduits en utilisant la traduction en cours.
Analyse des données	L'analyse des réponses a été basée sur l'approche du développement de la catégorie inductive selon les principes de l'analyse qualitative du contenu par Mayring (2010). Le concept principale de cette approche est l'analyse systématique et guidée des textes. Sur la base des questions de recherche, les déclarations des participants ont été divisées en unités de sens. Dans une étape suivante, deux évaluateurs ont déduit indéfiniment des catégories préliminaires, y compris une description de ces catégories.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont clairement catégorisées et représenté sous forme de tableaux.</p> <p>Sur la base des énoncés des participants, cinq catégories distinctes ont été générées, qui sont décrites ci-dessous.</p> <p><u>Compétences sociales et émotionnelles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Formes fondamentales de courtoisie/politesse • Soutien émotionnel / mental <p><u>Compétences en communication</u></p> <p><u>Connaissances culturelles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Limites de la honte • Différentes expressions de l'émotion • Aspects culturels de l'hygiène • Rôle joué par les membres de la famille • Attitudes : acceptation et respect des différences culturelles

	<p><u>Compétences professionnelles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Compétences professionnelles générales • Action transparente <p><u>Professionnels</u></p> <p>Sur la base des déclarations des professionnelles, six catégories ont été générées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaissances culturelles de bases • Conscience • Sensibilisation culturelle • Connaissance des différences culturelles • Attitude : ouverture, acceptation et le respect des différences culturelles, empathie
DISCUSSION	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p>Les résultats interprétés répondent aux deux questionnements du départ, à savoir les migrants ont fourni des suggestions d'ordre pratique, principalement en ce qui concerne les domaines de la connaissance culturelle. Tandis que les professionnels ont répondu dans une perspective plus théorique. Sur la base de leur expérience des situations de soins d'urgence préhospitaliers, le groupe de migrants a mentionné les «compétences sociales et émotionnelles» comme compétences importantes pour les premiers intervenants. L'amélioration a été partiellement observée dans l'amélioration des «formes de base / politesse» du personnel d'urgence qui ont été jugées inférieures par les migrants que par les non-migrants.</p> <p>Les chercheurs confrontent les résultats obtenus aux différentes approches et études, notamment de Domeing, Carrasquillo et al., 1999 ; Goldwag et al., 2002 ; Mygind et al., 2008 ; Raper et al., 1999 ; Sun et al., 2000). (Hultsjo et Hjelm, 2005, Ozolins et Hjelm, 2003).</p> <p><u>Limites de l'étude</u> : D'autres études auraient été nécessaires. Il n'est pas possible de déclarer combien de migrants ont refusé de participer à cette étude. La traduction aurait pu être plus appropriée pour éviter les biais de traductions.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>L'auteur a fourni des recommandations pour la pratique future qui découlent des problèmes identifiées et des différents points de vues des personnes interrogées.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Réfléchir sur sa propre culture comme point de départ pour comprendre les différences culturelles. 2. Réfléchir sur ses propres attitudes (générales), telles que l'ouverture. 3. Distribuer les connaissances de base sur les différentes cultures



	<p>communes</p> <p>Dans la région et leur influence sur la santé et la maladie.</p> <p>4. Distribuer des connaissances culturelles spécifiques pour être conscient des circonstances qui peuvent conduire à des défis supplémentaires (interpersonnels)</p> <p>Dans une situation d'urgence préhospitalière.</p> <p>5. Améliorer les compétences sociales / émotionnelles de base, telles que la courtoisie / politesse et soutien émotionnel / mental, qui sont les plus importants pour la personne touchée (ainsi que pour les proches)</p> <p>6. Amélioration des compétences en communication verbale et non verbale.</p> <p>7. Le besoin de services d'interprète afin d'obtenir les données des patients</p> <p>Pour un diagnostic.</p> <p>8. Agir de manière transparente est une partie essentielle du professionnalisme, afin de fournir un sentiment de sécurité.</p>
--	--

Article 10: Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices (Hudelson & Vilpert, 2009)

Éléments d'évaluations	
Titre	Le titre précise les concepts clés qui sont les barrières linguistiques et les pratiques et attitudes hospitalières. Par contre, il cite simplement « les langues étrangères » sans citer une population précise.
Résumé	Le résumé reprend dans les grandes lignes la problématique, la méthode, les résultats et discussion. Les principaux éléments sont synthétisés de manière brève dans ces différentes parties.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le phénomène lié à l'étude est clairement formulé, avec à l'appui, des études solides qui viennent confirmer la problématique. En effet, les barrières linguistiques sont clairement évoquées, notamment entre patients et médecins mais aussi entre patients et infirmières. Ces barrières-là ont des répercussions sur la qualité de soins que l'on

	<p>prodigue au patient. De nombreuses études prouvent que la non-utilisation ou la sous-utilisation d'interprètes formés compromet la qualité des soins (Flores G, 2005). Il serait également prouvé par des études qu'il y a très souvent des erreurs lorsqu'une interprétation est faite par des amis, de la famille ou d'autres interprètes non formés (infirmiers bilingues). Ainsi, utiliser des interprètes qualifiés affecterait positivement la qualité des soins, la satisfaction des patients et les résultats de la prise en charge (Flores G, 2005 ; Karliner LS et al., 2007). L'étude avance que les services d'interprètes ne sont pas utilisés de manière optimale même lorsqu'ils sont à leur disponibilité. De tels résultats suggèrent qu'il faut tout d'abord comprendre l'organisation globale d'un service/hôpital pour pouvoir modifier les pratiques cliniques.</p> <p>La problématique est pertinente dans le contexte des connaissances actuelles même s'il a de plus en plus d'études qui travaillent sur cette problématique de communication en lien avec la qualité des soins. En effet, l'article a été publié en 2009 ; depuis là, il y a eu d'autres études qui ont repris la problématique. Toutefois, nous trouvons l'étude tout à fait appropriée car elle a été faite en Suisse et nous pouvons donc avoir une représentation plus concrète des pratiques et attitudes réelles concernant la communication interculturelle dans un pays européen.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Une recension a été faite sur l'efficacité de l'utilisation des services d'interprètes formés sur la qualité des soins. Ainsi, elle fournit une synthèse de l'état de la question au moment où l'étude a été conçue et semble être une base solide pour l'étude.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts-clés ne sont pas cités ni définis. Les auteurs avancent l'importance, selon eux et selon la recension des écrits, d'utiliser des interprètes qualifiés pour faire diminuer ces barrières linguistiques. Or, ils ne définissent pas le concept de barrière linguistique ni de « pratique » ou « attitude » par exemple.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Selon les auteurs, l'identification et la compréhension des variations intra-institutionnelles des attitudes et des pratiques peut constituer une condition préalable à l'amélioration des pratiques cliniques dans l'ensemble de l'établissement. Les auteurs souhaiteraient comprendre comment les obstacles linguistiques dans les soins affectent les attitudes et les pratiques professionnelles de la santé.</p> <p>Le but de l'étude est ainsi d'obtenir une image représentative des attitudes, des pratiques et des préférences en matière de communication avec des patients non francophones des hôpitaux universitaires de Genève en Suisse. Ensuite, les auteurs souhaiteraient examiner la manière dont ces pratiques et attitudes varient selon les professions et les différents départements de l'hôpital pour finalement identifier les facteurs qui sont associés à de</p>

	<p>« bonnes pratiques ». Le but de l'étude est donc énoncé de façon claire et concise. Les auteurs ne reprennent pas les questions de recherche mais la question de recherche dans le titre reflète tout à fait le but de l'étude énoncé cette introduction. La recension des écrits fournit des éléments de base solide concernant l'interprétation professionnelle et c'est probablement en partie sur cela que se basent ces « pratiques » et « attitudes » jugées bonnes selon les auteurs. Les variables « pratiques » et « attitudes » seront qualifiées par les auteurs à partir de cette étude. Il y a également d'autres variables qui ont été mesurées grâce au questionnaire (voir mode de collecte de données) : caractéristiques sociodémographiques et professionnelles, fréquence du contact avec des personnes non francophones, stratégies et préférences concernant la communication avec ces patients, formation reçue, politiques des services par rapport à l'utilisation d'interprètes et les opinions des participants par rapport aux activités qui pourraient améliorer la communication avec ces patients-là.</p>
METHODE	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population visée est clairement définie ; il s'agit de médecins, d'infirmières et travailleurs sociaux travaillant aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG). L'échantillon est bien décrit. La taille de l'échantillon a été déterminée pour avoir une force statistique suffisante (90%), pour avoir une faible probabilité d'erreur (5%) et pour pouvoir détecter les différences entre les groupes (0.25 d'écarts-types, le nombre exact requis étant de 340). La taille initiale de l'échantillon était de 700 médecins, 700 infirmières et 93 travailleurs sociaux (le nombre total travaillant aux HUG, échantillon aléatoire). Par contre, nous trouvons que la population des « personnes non francophones » est très vaguement décrite. Nous savons simplement qu'aux HUG, ces personnes non francophones représentent 185 pays et 50% des patients soignés. Par ce plan d'échantillonnage, l'auteur s'est donné les moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Bien qu'aucune politique hospitalière explicite n'existe par rapport à l'utilisation des interprètes, en 2002, le comité d'éthique clinique de l'hôpital a déclaré que « même en présence d'un membre de la famille ou d'un ami du patient, même s'il n'y a pas de conflit d'intérêts entre le patient et l'institution qui mettrait un professionnel de la santé dans une position gênante (personnel bilingue), il faudrait systématiquement planifier l'utilisation, au moins initialement, d'un interprète professionnel mandaté ». La question sur l'utilisation d'interprètes non qualifiés (famille, amis) est considérée comme étant une problématique éthique et le comité éthique conseille vivement l'utilisation de services d'interprètes</p>

	<p>qualifiés.</p> <p>L'étude a été dispensée par le comité d'éthique de la recherche hospitalière car il s'agit là d'un projet d'évaluation de la qualité qui implique un risque minimal pour les participants.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Etude qualitative. L'étude porte sur l'analyse des attitudes, pratiques et préférences des participants. Elle a ensuite été comparative ; les auteurs ont comparé les résultats (des variables) avec des facteurs tels que la fréquence de contact avec ces patients non francophones, les instructions que le personnel avait reçues sur l'utilisation d'interprètes et la formation sur « pourquoi et comment » travailler avec un interprète formel. Il y a également des aspects issus de la phénoménologie : les auteurs étudient les expériences des participants avec ces patients étrangers.</p> <p>Le devis utilisé permet ainsi, selon nous, à ce que l'étude atteigne son but. En effet, ce genre de question de recherche doit permettre de faire ressortir des thématiques et des données d'ordre « qualitatives ». De plus, étudier l'expérience des professionnels est un excellent moyen pour examiner les « attitudes » et « pratiques » de chacun mais permet surtout d'identifier les facteurs rattachés qui permettent à ces attitudes et pratiques d'être favorables à une bonne communication. Le choix du devis permet selon nous, de respecter les critères de véracité et de neutralité. Par contre, comme l'étude n'a été faite que dans un seul hôpital suisse, nous ne pouvons pas dire que l'étude respecte les critères scientifiques d'applicabilité et de consistance.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont très clairement décrits et permettent tout à fait de mesurer les variables. Il s'agit d'un questionnaire de 26 questions qui portent sur les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants, la fréquence du contact avec des personnes non francophones, les stratégies et les préférences concernant la communication avec les patients, la formation reçue, les politiques cliniques des services par rapport à l'utilisation des interprètes et les opinions des participants par rapport aux activités qui pourraient améliorer la communication avec ces patients-là. Le questionnaire a été envoyé à l'adresse du domicile des participants. Le questionnaire prend 10-15 minutes pour être rempli. Un deuxième questionnaire a été envoyé un mois après le premier envoi à toutes les personnes qui n'ont pas répondu au premier. Le mode de collecte de données permet selon nous de répondre aux questions de recherche et au but de l'étude. Les procédures expérimentales sont selon nous cohérentes par rapport aux outils mesurés. L'auteur n'indique par contre par si cet instrument de mesure a été créé pour les besoins de l'étude ou s'il a été importé. De plus, nous n'avons aucune information ou indication sur le</p>

	caractère scientifique de ce questionnaire.
Conduite de la recherche	Le processus de collecte des données est décrit. Le questionnaire a été envoyé à l'adresse du domicile des infirmiers et médecins travaillant aux HUG. Un 2 ^{ème} questionnaire a été envoyé un mois après le premier envoi à tous les non-répondants. Les auteurs ne précisent qu'ils ont fait remplir le questionnaire à un échantillon de 10 infirmières afin de s'assurer de la pertinence et la compréhension des questions. Les auteurs ont donc fait appel à du personnel compétent afin de minimiser les biais. L'étude ne possède pas d'intervention (variable indépendante).
Analyse des données	Les méthodes d'analyse sont clairement décrites dans le paragraphe intitulé « une analyse ». L'analyse a porté sur la comparaison des attitudes, des préférences et des pratiques des répondants dans leurs départements spécialisés pour ensuite pouvoir explorer leur association avec des facteurs tels que la fréquence de contact avec les patients non francophones, les instructions des départements au personnel sur l'utilisation d'interprètes et la formation sur « pourquoi et comment » travailler avec un interprète. Il n'y a pas plus de précision par rapport à l'analyse des données. Il n'y a pas de résumé des résultats dans la partie « méthode ».
RESULTATS	
Présentation des résultats	Les résultats sont principalement présentés à l'aide de tableaux et de graphiques. Ils sont selon nous présentés de manière adéquate et compréhensible. Le taux de réponse global était de 61%. Les 10 départements médicaux étaient représentés dans l'échantillon final mais les taux de réponse varient entre les départements. <u>Fréquence de contact avec les patients de langue non francophones :</u> 70% des répondants rencontrent des patients de langue étrangère au moins une fois par mois (tableau 1) et cela varie selon le département. Seulement 2.3% des répondants ont déclaré n'avoir jamais rencontré de patients non francophones (ou limités dans la langue). Les 5 langues les plus fréquentes lors des 6 derniers mois sont l'anglais, l'albanais, le portugais, l'espagnol et l'arabe. <u>Stratégies pour surmonter les barrières linguistiques :</u> 66% ont préféré les interprètes issus de la famille, des amis ou du personnel bilingue tandis que 34% ont préféré les interprètes professionnels (tableau 2). Les préférences varient selon les services : les participants venant de service de psychiatrie ou de médecine communautaire préféraient les interprètes formés tandis que ceux de la clinique de neurosciences, d'anesthésiologie ou soins

intensifs préféraient le personnel bilingue (tableau 3). Les raisons des préférences varient en fonction de la méthode de préférence (interprètes familiaux, interprètes professionnels,...) (figure 1). Par exemple, ceux qui ont apprécié l'utilisation de services d'interprètes ont souligné la qualité de la traduction et la confidentialité (professionnalisme) et ceux qui ont préféré les interprètes familiaux ont souligné l'aspect pratique dans l'organisation. Les interprètes issus de la famille ou des amis, le personnel bilingue et les enfants ont été utilisés le plus souvent, au moins une fois par 71% des répondants, tandis que les interprètes professionnels ont été utilisés au moins une fois par 51% des répondants. La médecine communautaire et la gynécologie obstétrique avaient le plus haut niveau d'utilisation d'interprètes professionnelles : 31% et 27% des répondants avaient utilisé le service au moins une fois au cours des 6 derniers mois (tableau 4). 83% des répondants ont communiqué directement avec leurs patients dans une langue autre que le français plus d'une fois au cours des 6 derniers mois (figure 2) bien que les auteurs ne disposent pas de données sur la langue principale du patient.

Formation : seulement 9% ont reçu une formation sur le comment et le pourquoi travailler avec un interprète qualifié, ce qui est très peu. Les infirmières sont les moins préparées, avec seulement 4.5% d'entre elles qui a reçu une formation (tableau 5). Le pourcentage du personnel ayant reçu une formation varie selon les services (tableau 6) avec les niveaux les plus élevés dans les services de médecine communautaire (37.5%) et la psychiatrie (14.5%). Ce sont les seuls services qui ont intégré une formation dans leur programme sur les raisons et les façons de travailler avec des interprètes formés.

Les politiques des services et leur influence sur les attitudes du répondant :

Seulement 23.2% des répondants ont déclaré que le service clinique dans lequel ils travaillent actuellement les encourageait à utiliser les services d'interprètes qualifiés pour faciliter la communication (56% des répondants travaillaient en médecine communautaire). 12.1% ont déclaré avoir été informés des services d'interprètes mais qu'ils devaient les utiliser uniquement en dernier recours. 64.7% ont déclaré ne recevoir aucune information sur la communication avec les patients ayant des lacunes importantes en français. Les répondants qui ont été encouragés dans l'utilisation de services d'interprètes qualifiés étaient plus susceptibles d'être d'avis que l'hôpital devrait systématiquement fournir des interprètes professionnels à ces patients (40.3%) par rapport à ceux qui n'étaient pas encouragés à utiliser des interprètes qualifiés (15.5%) (tableau 8). Les répondants travaillant dans des services où l'utilisation d'interprètes qualifiés est fortement encouragée étaient

en moyenne deux fois plus susceptibles d'utiliser des interprètes professionnels que ceux travaillant dans des services où l'utilisation d'interprètes n'était pas encouragée.

Les thèmes sont donc logiquement présentés et associés entre eux afin de bien représenter les résultats et le phénomène. Les résultats sont résumés par un texte narratif en reprenant systématiquement les tableaux et les figures pour bien comprendre leur enchaînement. L'auteur ne semble pas avoir fait évaluer les données par les participants ou par des experts.

DISCUSSION

Interprétations des résultats

Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et en adéquation avec la question de recherche, les résultats ci-dessus et le but de l'étude. La discussion découle logiquement des résultats. Le premier constat a été que les infirmiers, les médecins et les travailleurs sociaux des HUG ont des contacts réguliers et fréquents avec des patients ayant des lacunes importantes en langue française. Le recours aux interprètes ne semble pas être une priorité et la formation à l'utilisation des interprètes est manquante dans de nombreux services. Il n'est donc pas surprenant que les stratégies pour surmonter les barrières linguistiques ne soient pas optimales car la plupart des répondants disent utiliser le personnel bilingue comme interprète.

Néanmoins, des attitudes et des pratiques positives ont été identifiées dans certains départements et services, ce qui indique que des conditions peuvent être créées pour favoriser une communication adéquate avec ces patients. Les répondants ayant reçu une formation ou qui ont travaillé dans des services où l'utilisation d'interprètes est encouragée, sont plus susceptibles d'utiliser des interprètes professionnels (et de préférer ce type d'interprétation). Cela suggère premièrement que la création d'un environnement de pratique positive est importante pour influencer le changement de comportement. Ainsi, il est possible d'encourager les bonnes pratiques dès le départ, même dans des contextes où il n'existe pas de mandat d'utilisation d'interprètes professionnels.

Néanmoins, il semblerait y avoir d'autres défis pour assurer une assistance linguistique adéquate pour ces patients non francophones. Burbano et al (2003) ont constaté les soignants ont tendance à compter sur leurs propres compétences linguistiques qui sont inadéquates ou sur le personnel bilingue pour les interpréter. Diamond et al (2009) ont constaté que malgré les enjeux d'une communication efficiente sur la qualité des soins, les soignants préféraient utiliser des interprètes issus de la famille ou des amis ou alors pas d'interprètes du tout.

Les pressions par rapport au temps et de la disponibilité limitée des interprètes sont fréquemment citées comme des raisons de sous-utilisation d'interprètes professionnels. Or, une sous-estimation de la maîtrise du langage des patients de la part des soignants et des médecins peut également jouer un rôle. Dans le contexte des HUG, il y a également une pression de contrôle des coûts qui peut être dissuasive dans l'utilisation d'interprètes.

Dans cette étude, les auteurs ont constaté que peu de services fournissent des informations au personnel sur les façons de travailler avec des interprètes ce qui peut renforcer le sentiment que leur utilisation est facultative et pas indispensable pour des soins de qualité. Nous ne devrions pas continuer de prétendre que nous devons utiliser les interprètes professionnels que lorsque les interprètes non professionnels sont indisponibles et qu'ils suffisent à faire une bonne interprétation.

Ainsi, comme l'avance Diamond et al (2009), l'utilisation accrue d'interprètes qualifiés nécessitera des interventions au niveau des cliniciens (formation, lignes directives), mais aussi au niveau de l'environnement de pratique, y compris les normes, les changements structurels et les modèles. Par exemple, au département de médecine communautaire, l'utilisation d'interprètes qualifiés est devenue une « norme », une mission articulée et partagée qui permet de fournir des soins de qualité. Une formation systématique des nouveaux collaborateurs et stagiaires sur le « pourquoi et le comment » travailler avec des interprètes contribuerait aussi à créer une « culture de service » propice à une communication adéquate avec les patients non francophones.

Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet. Les résultats de cette étude viennent renforcer les études sur le même sujet (voir ci-dessus).

Les limites de l'étude : elle a été menée dans un seul hôpital suisse et les conclusions ne sont ainsi pas généralisables à d'autres paramètres. De plus, la participation n'étant pas optimale, cela a empêché une analyse plus détaillée des facteurs qui influent sur les attitudes et les pratiques des répondants. En outre, les données du questionnaire peuvent suggérer des attitudes générales et des motivations pas forcément réelles des répondants. Un regard plus approfondi et qualitatif sur les attitudes et les pratiques au niveau des services contribuerait à mieux comprendre les facteurs associés aux bonnes pratiques.

Conséquences et recommandations

Le défi pour le futur consiste à répandre cette « culture de service » positive dans le reste de l'hôpital. Se basant sur leurs résultats, les auteurs avancent qu'une des choses prioritaires à mettre en place serait l'élaboration d'un énoncé explicite de la politique de l'hôpital

sur l'utilisation d'interprète (quand, pourquoi et comment les interprètes doivent être appelés). Des activités spécifiques au niveau des services seront également nécessaires pour renforcer cette politique et la mettre en pratique. Les modèles principaux, la formation systématique du personnel et l'information visible dans les services cliniques concernant les services d'interprètes (droit des patients, informations sur les contacts, etc...) seront également importants pour influencer la culture institutionnelle.

Article 11: Telephone interpreters in general practice (Huang & Phillips, 2009)

Éléments d'évaluations	
Titre	Le titre explique vaguement le concept cible de l'étude et la population reste également brièvement décrite.
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion.</p> <p>Concept : Bien que le service de traduction et d'interprétation australien offre le plus grand service d'interprète de santé téléphonique gratuit au monde, il reste sous-utilisé. Cette étude explore les obstacles au personnel de pratique non médicale pour accéder aux interprètes téléphoniques.</p> <p>Méthodes : Les données ont été recueillies dans cinq groupes de discussion de 4 à 8 personnes. Les participants étaient des réceptionnistes et des infirmières praticiennes du territoire de la capitale australienne et des régions rurales de la Nouvelle-Galles du Sud qui ont assisté à une mise à jour sur les problèmes de pratique actuels.</p> <p>Résultats : un quart des participants ne connaissent ou ne savent pas utiliser des interprètes téléphoniques. Le personnel a cité une gamme de stratégies de communication</p> <p>Tous les participants communiquent avec un interprète que sous les directives du médecin généraliste.</p> <p>Discussion : Les attitudes et le leadership du personnel non médical sur la nécessité d'interprètes peuvent être des facteurs clés dans la promotion de l'utilisation d'interprètes</p> <p>Dans le cadre de la pratique générale. Les idées fausses sur les interprètes téléphoniques sont très fréquentes parmi le personnel de pratique générale. Ils diffèrent les décisions relatives à l'accès aux interprètes aux médecins généralistes, ce qui pose le risque que les</p>

	décisions d'accès ne deviennent de l'entreprise. Toute une approche système sur l'adoption croissante d'interprètes est requise, y compris l'éducation du personnel médical et non médical.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème à l'étude est clairement formulé, il s'agit d'explorer en détail les processus décisionnels par le personnel de pratique (générale) non médical sur l'accès aux interprètes.</p> <p>Les attitudes et le leadership du personnel non médical sur la nécessité d'interprètes peuvent être des facteurs clés dans la création d'un environnement de travail favorable aux interprètes.</p> <p>L'interprétation du langage professionnel améliore la qualité de la consultation clinique et la conformité du patient au traitement. Ne pas utiliser un interprète lorsque cela est nécessaire à une consultation médicale a été considéré comme une violation du devoir de diligence dans les tribunaux américains. La plupart des recherches sur l'utilisation des interprètes au niveau des soins de santé démontrent qu'encore passablement de médecins ne savent pas utiliser ou accéder aux systèmes d'interprètes.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs se sont inspirés de plusieurs études déjà existantes sur le sujet. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S Fatahi N, Hellstrom M, Skott C, Mattsson B. Rosenberg E, Leanza Y, Seller R.</p> <p>L'auteur présente des connaissances actuelles sur le problème ; un nombre important de médecin ne savent pas utiliser le système d'interprètes. La recension présente une synthèse de l'état de question avec des statistiques.</p>
Cadre de recherche	<p>Sur le plan conceptuel, les concepts ne sont pas clairement définis. Cet article fait surtout l'état des lieux sur le phénomène concernant l'accès aux interprètes, mais ne définit pas les concepts selon un cadre de référence, sur des bases philosophiques et théoriques.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est vaguement cité, il n'y pas clairement d'hypothèses ou de questionnement formulé (sur des bases philosophiques). Les chercheurs cherchent à approfondir en s'intéressant aux processus décisionnels qui entraînent un recours aux interprètes. Cette exploration découle des diverses études faites auparavant sur le sujet. Ils vont à l'aide de discussion récolter des données auprès de participants en s'appuyant sur leurs expériences et leurs perceptions.</p>
METHODE	
Population et	La population visée est brièvement définie, il s'agit de participants



échantillon	<p>provenant de la capitale du territoire australien et de la Nouvelle-Galle du Sud, participant à la mise à jour (de pratique infirmière) sur les problèmes de pratiques actuels (taux de participation à l'étude, 84% des participants). L'expérience précédente a confirmé que les participants à ces mises à jour proviennent de pratiques stables avec des populations de patients relativement importantes, susceptibles d'être des sources riches d'information sur le phénomène étudié (prise de décision sur les interprètes).</p> <p>La méthode utilisée est appropriée, étant donné qu'elle a été comparée à une précédente étude.</p>
Considérations éthiques	<p>Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche humaine de l'Université nationale australienne.</p> <p>Il n'y a pas d'explication concernant les moyens de confidentialité utilisée dans cette récolte d'information.</p>
Devis de recherche	<p>La méthode de comparaison faite par deux chercheurs a été utilisée pour analyser les données. Le choix du devis n'est pas clairement énoncé, il s'agit probablement d'un devis qualitatif car les auteurs cherchent sur la base de discussion à récolter des données auprès de participants en s'appuyant sur leurs expériences et leur perceptions.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les données ont été recueillies dans cinq groupes de discussion de 4 à 8 personnes. Deux vignettes de cas ont été présentées (tableau 1), abordant des situations cliniques communes et problématiques. Les discussions ont été menées par cinq facilitateurs sur les processus décisionnels sur l'évaluation de la nécessité d'un interprète et leur accès. Le contenu des discussions a été enregistré par les scribes. Deux facilitateurs ont combiné les enregistrements des discussions des groupes de discussion et des notes de terrain des facilitateurs en un seul enregistrement pour l'analyse des données.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est brièvement décrit, il s'agit d'un recueil dans des groupes de discussion. Des facilitateurs ont combinés les enregistrements afin de cibler l'analyse des données.</p>
Analyse des données	<p>Les données ont été analysées pour des thèmes émergents selon la théorie fondée par deux chercheurs en collaboration, en utilisant la méthode de comparaison constante. Le premier processus de codage a exploré les obstacles identifiés; Le deuxième processus de codage a identifié le lieu, le temps et le but de la prise de décision concernant les interprètes.</p>

RESULTATS

Présentation des résultats

Les résultats de cette étude sont présentés à l'aide de tableaux, et séparés en trois catégories :

- Prise de décision concernant l'accès aux interprètes

Bien que la plupart des membres du personnel aient pris une opinion sur la pertinence des interprètes professionnels, tous les répondants estiment que la décision d'obtenir un interprète doit être faite par un médecin. Cela s'explique par le fait que ce processus a été considéré comme une décision médicale. Le personnel était toutefois disposé à employer d'autres stratégies pour les patients qui ne parlent pas l'anglais. La stratégie la plus courante était de transmettre le patient à une infirmière ou à un médecin bilingue. La deuxième stratégie la plus courante était de s'assurer qu'il y avait un membre de la famille ou un ami comme interprète. Tous les réceptionnistes ont soutenu que l'urgence de la situation rendait l'utilisation d'un membre de la famille acceptable. Environ la moitié des infirmières ont exprimé leur gêne à utiliser un membre de la famille comme interprète.

- Croyances concernant les difficultés d'accès aux interprètes

Les croyances communes à l'accès aux interprètes sont les suivantes: l'organisation d'un interprète coûte beaucoup de temps; Les interprètes ne sont pas disponibles en dehors des heures de bureau. Certains participants ont vérifié la langue parlée par le patient en leur demandant de dire des chiffres (par exemple, leur date de naissance) ou en parlant une autre langue «compatible» qui pratique le personnel peut parler. Il a été suggéré, par exemple, qu'un membre du personnel hispanophone puisse identifier le portugais et qu'un membre du personnel parlant thaïlandais reconnaîtrait la langue birmane. Le coût de l'utilisation d'interprètes n'a pas été identifié comme entrave à la pratique ni au patient.

- Croyances sur les perceptions des interprètes envers les patients

Certains membres du personnel de pratique ont cité des cas où les patients avaient apporté leur propre interprète (personnel de la famille ou de l'ambassade) comme preuve d'un principe plus général selon lequel les membres de la famille ou les collègues étaient préférables pour les patients. Certaines personnes craignaient que les patients ne se préoccupent de la confidentialité avec les interprètes professionnels (une préoccupation a également été soulevée au sujet de l'utilisation du personnel de pratique non médical en tant qu'interprètes).

Les auteurs ont lié les résultats à 2 situations cliniques dont les professionnels se sont référés pour donner leur point de vue.

DISCUSSION

Interprétations des résultats

Cette étude a révélé des idées fausses chez le personnel de pratique sur l'accessibilité et la qualité de la ligne de priorité des médecins (DPL) et, dans certains cas, la conviction que les patients préfèrent toujours les membres de leur famille en tant qu'interprètes. Ces idées fausses conduisent à une série d'autres stratégies de communication, de l'utilisation de médecins bilingues et des membres du personnel, à l'utilisation des parents des patients, à la communication par la langue des signes. L'utilisation systématique des membres de la famille en tant qu'interprètes peut poser des risques importants pour une bonne communication.

L'utilisation de médecins bilingues est la stratégie la plus courante, comme l'ont également constaté Atkin et ses co-auteurs. Dans notre étude, le personnel des cabinets de médecins bilingues ne pouvait souvent pas proposer de stratégies pour les patients qui parlent d'autres langues. Les normes d'accréditation du Collège royal des médecins généralistes (RACGP) exigent seulement que les médecins généralistes et le personnel puissent déclarer leur approche pour aider les patients qui ne parlent pas l'anglais et avoir une «liste des numéros de contact pour les services d'interprète».

Les résultats soulèvent la possibilité que le personnel dans les pratiques qui s'appuient sur les compétences linguistiques des médecins risque de devenir débité de l'accès à d'autres services linguistiques.

Un thème récurrent dans cette étude était le report de la prise de décision sur les interprètes aux médecins par le personnel de pratique, y compris les infirmières. La réticence à contacter un interprète peut refléter les cultures individuelles et le respect des hiérarchies professionnelles. La recherche australienne existante suggère que les médecins eux-mêmes ne sont souvent pas familiers avec le DPL et peuvent ne pas savoir comment contacter un interprète.

Cette étude souligne les déficits du savoir par les infirmières, les réceptionnistes et les gestionnaires en pratique générale sur le système d'interprète téléphonique de l'Australie. Les membres du personnel diffèrent la prise de décision concernant les interprètes auprès des médecins, qui ne connaissent peut-être pas les processus nécessaires pour accéder aux interprètes; Cela peut signifier que les décisions concernant l'accès aux interprètes ne deviennent pas les affaires de personne. En l'absence d'une approche proactive pour accéder aux interprètes, le personnel a un certain nombre de stratégies ponctuelles - certaines potentiellement dangereuses, d'autres délétères à des consultations de qualité - pour communiquer entre les barrières linguistiques.

Il existe une limite que les chercheurs ont mise en évidence ;

	<p>Comme les participants étaient issus d'un ensemble de pratiques, qui soutenaient leur personnel pour obtenir une formation complémentaire. Cela fait qu'il y a une influence et que leur engagement est plutôt envers les «meilleures pratiques» et, par conséquent, représenter des pratiques avec une attitude favorable envers les interprètes. Si tel est le cas, le véritable niveau de compréhension des interprètes est probablement inférieur à celui de cette étude.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les conséquences de l'étude sont très brièvement citées.</p> <p>L'Australie possède le plus grand service d'interprète téléphonique gratuit pour les médecins du monde anglophone. Le service continue d'être sous-utilisé par les médecins. Les infirmières, les réceptionnistes et les gestionnaires de pratique ont de nombreuses idées fausses sur la qualité et l'accès des interprètes. Et également la décision d'accéder à un interprète aux médecins. Dans une pratique générale, l'ensemble des approches du système, avec des incitations financières, peut être plus efficace pour promouvoir les interprètes que les programmes d'éducation.</p>

Article 12: Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain: a focused ethnography (Plaza del Pino & al., 2013)

<p>Éléments d'évaluations</p>	
<p>Titre</p>	<p>Le titre indique clairement les concepts principaux de l'étude que sont la communication interculturelle entre les infirmières et les patients marocains du sud de l'Espagne. Il précise la population cible qui sont les patients migrants d'origines marocaine.</p>
<p>Résumé</p>	<p>Le résumé synthétise clairement le contenu de la recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Objectif</u> : Cette étude vise à déterminer comment les infirmières perçoivent leur communication interculturelle avec les patients marocains et quelles sont les barrières évidentes qui peuvent empêcher une communication et des soins efficaces. • <u>Méthode</u> : Ethnographie ciblée réalisée avec des entretiens semi-structurés de 32 infirmières dans 3 hôpitaux du sud de l'Espagne. Les données ont été gérées et classées à l'aide du logiciel d'analyse de données qualitatives AQUAD. • <u>Résultats</u> : Suite à l'analyse des entretiens, différentes barrières ont pu être mis en évidence, notamment la barrière linguistique qui affecte négativement la communication, mais également les

stéréotypes et les préjugés sociaux qui compromette des prestations de soins culturellement appropriée.

- Conclusion : La barrière de la langue pourrait être facilement surmontée à l'aide d'interprètes professionnels dans les milieux hospitaliers. En plus, il serait judicieux d'apporter une formation spécifique aux infirmières du sud de l'Espagne afin de les sensibiliser aux prestations de soins culturels.

INTRODUCTION

Problème de la recherche

Le problème est clairement formulé : En Espagne, une constante augmentation de l'immigration est identifiée depuis l'an 2000 et les principaux immigrants sont d'origine marocaine. Diverses études ont indiqués que les Marocains sont très différents des Espagnols de par leur religion musulmane, qui dicte plusieurs facettes de leur vie, tel que la naissance, le mariage, la mort etc. Celle-ci est rejeté par la communauté d'accueil car est considérée comme influençant trop leur vie quotidienne et entrave l'intégration dans la société espagnole. En ce qui concerne, le concept de santé, leurs perceptions et attentes sont influencées par leur croyances et traditions culturelles et cela donne lieu à des incompréhensions et des besoins non satisfaits, mais il y a un manque de recherche dans le système de santé espagnole.

Lorsqu'on s'occupe de différents groupes ethnoculturels, tel que les Marocains en Espagne. Les infirmières devraient idéalement connaître et apprécier les valeurs et les croyances culturelles et religieuses spécifiques qui peut être lié à leur aptitude à prodiguer des soins culturellement compétents. Les croyances façonnent la vision du processus santé-maladie, chaque culture définit ou fournit un ensemble unique de réponses au processus santé-maladie, en tenant compte de l'état du patient et en incorporant des personnes, des interprétations et des attitudes qui permettent de vivre la maladie d'une certaine manière.

Dans le processus d'obtention d'une prestation de soin culturellement compétente, les infirmières devraient non seulement connaître et prendre en compte le degré auquel l'affiliation culturelle d'un patient détermine son point de vue sur le processus santé-maladie, mais elles devront aussi comprendre comment communiquer efficacement.

L'interprétation des résultats des entretiens avec des infirmières dans cette étude dans le cadre de la communication interculturelle va permettre de déterminer les obstacles à la fourniture de compétences culturelles dans ce contexte.

Ce problème est pertinent car le phénomène de l'immigration augmente considérablement en Europe. Dans les services de soins,

	<p>les relations avec les patients d'origine et de culture différente prennent de plus en plus d'ampleur et on identifie des conséquences sur le processus de santé-maladie de l'individu non négligeable.</p> <p>L'importance de l'étude des connaissances et des habiletés favorisant la communication interculturelle dans les soins infirmiers et conduisant à une amélioration des soins permet d'identifier l'objectif de l'étude qui est de déterminer comment les infirmières perçoivent leur communication avec leurs patients marocains et à l'identification des barrières essentielles pour la prestation de soins culturellement compétente.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs se sont inspirés d'études déjà faites, notamment une sur la disparité culturelle par nationalité en Espagne.</p> <p>L'auteur présente l'état des connaissances, en s'appuyant sur des statistiques et des études.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts principaux de la recherche sont la compétence interculturelle en soins infirmiers qui est la communication interculturelle et l'immigration des marocains en Espagne. Ils sont clairement définis et explicités dans l'introduction.</p> <p>Le cadre de référence de la compétence culturelle en soins infirmiers repose sur la définition de Fantini. Elle se décrit en 3 composantes : une composante cognitive, une composante émotionnelle et une comportementale. Elle est liée à l'étude car celle-ci portera une réflexion sur la façon dont les résultats pourraient être interprétés dans les composantes de la communication interculturelle.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est d'identifier la perception des infirmières dans la communication avec les patients marocains et les barrières qui entravent les prestations de soins culturellement compétentes.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, ne sont pas clairement énoncées dans l'introduction.</p> <p>Les hypothèses sont évoquées à partir de faits statistiques, d'expériences identifiées auprès de la population espagnole et des croyances des patients marocains.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>L'échantillonnage volontaire a été entrepris afin d'assurer la représentation d'infirmières qui travaillent dans divers services hospitaliers et qui ont de l'expérience en soignant des différents groupes ethnoculturels. Au total 32 infirmières ayant des antécédents ethnoculturels homogènes (espagnol et religion catholique) ont été recrutées, en grande partie constituée de</p>

	<p>femmes au milieu de leur carrière.</p> <p>Dans le domaine de la recherche qualitative, le nombre de participants recrutés dépend souvent de la saturation des informations recueillies par rapport aux objectifs de la recherche, de sorte que la taille de l'échantillon n'a pas été déterminée avant le début de l'étude et a été déterminée par un processus itératif.</p> <p>Les participants ont été recrutés par le chercheur principal, bien que l'infirmière gestionnaire a facilité le processus en aidant à localiser et à contacter les infirmières qui remplissaient les critères d'inclusion dans l'étude.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Un code a été attribué à chaque participant à l'étude afin d'assurer l'anonymat et la confidentialité. Dans tous les cas, un formulaire de consentement écrit a été fourni.</p> <p>L'approbation éthique du protocole, y compris les méthodes de recrutement, a été obtenue auprès du sous-comité de recherche sur la qualité, la recherche et la gestion des connaissances du Complexe hospitalier de Torrecardenas, à Almeria, couvrant l'institution des enquêteurs et les institutions relevant de la gouvernance de l'autorité sanitaire.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Les chercheurs ont utilisé une méthodologie qualitative, car celle-ci constituerait le meilleur moyen d'entrer dans le discours pour atteindre une compréhension approfondie et riche des phénomènes - une compréhension qui tient compte des circonstances des participants et de leur culture.</p> <p>La conception de l'étude a utilisé les principes associés à une ethnographie ciblée et une approche située dans le paradigme interprétatif. Les ethnographies ciblées sont bien adaptées à la recherche en santé lorsqu'elles répondent à des questions précises formulées avant la conduite de la recherche et se caractérisent par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'accent mis sur une communauté ou une organisation discrète ou sur des phénomènes sociaux; • Être axé sur les problèmes et contextualisé; • Participation d'un nombre limité de participants; • Les participants qui possèdent généralement des connaissances spécifiques; • Leur utilisation pour le développement des services de santé • et l'observation épisodique (à court terme) ou sans observation <p>Il n'y a pas de chiffre précis concernant le temps passé avec les infirmières lors des entretiens.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les données ont été recueillies au moyen d'entrevues semi-structurées, à la suite d'un guide d'entrevue basé sur un ensemble de questions ouvertes pour faciliter la discussion approfondie des</p>

	<p>sujets d'intérêt. Les entrevues ont été menées dans un lieu choisi par les informateurs, qui dans la plupart des cas était l'hôpital où ils travaillaient, afin d'établir un environnement approprié pour l'intervieweur et l'interviewé afin de faciliter les expressions de sentiments et d'émotions dans une atmosphère de sincérité. Les entrevues ont été enregistrées en audio avec la permission du participant.</p> <p>L'auteur ne nous donne pas d'information si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données est clairement décrit, il s'agit d'enregistrements audio espagnols qui ont été transcrits textuellement par un transcripteur professionnel et vérifiés par l'intervieweur respectif. Ce qui a permis de minimiser les biais.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>La traduction et la rétro-traduction ont été effectuées pour assurer la qualité des traductions anglaises. Pour cela, quatre étapes ont été franchies:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) traduction de l'espagnol vers l'anglais par les auteurs de l'article. 2) traduction en espagnol par un professionnel bilingue. 3) traduction en anglais. 4) vérification finale de l'exactitude et de la qualité de la traduction par l'intervieweur. <p>Les données ont été stockées et classées à l'aide des données qualitatives AQUAD. (Günter L. Huber, Tübingen, Allemagne) Logiciel d'analyse. Après la transcription, les entrevues ont été examinées par l'intervieweur et l'interviewé pour vérifier la qualité de la transcription. Un codage ouvert des données d'interview a été réalisé, dans lequel les auteurs ont identifié des thèmes et des modèles clés afin de générer les premières catégories avec lesquelles travailler.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats ne sont pas présentés à l'aide de tableaux ou de graphes. Une analyse plus approfondie a permis d'identifier quatre grands thèmes qui ont été définis en relation avec le concept de frontière. De même, les thèmes des frontières culturelles, sociales et linguistiques contribuent au positionnement social des infirmières par rapport à leurs patients marocains.</p> <p>- <u>Frontière culturelle</u></p> <p>Cette frontière a été utilisée pour comprendre si certains préjugés et stéréotypes concernant les Marocains constituent un obstacle majeur à la création d'une relation personnelle et culturelle plus étroite entre</p>

les infirmières et les patients marocains. Une frontière culturelle distingue essentiellement entre ceux qui sont de la même culture et ceux qui viennent de l'extérieur.

- Frontière sociale

Des références aux préjugés xénophobes chez les patients espagnols se sont produites à plusieurs reprises dans les données analysées, ils ne veulent pas être avec d'autres "races" comme l'indiquent différents informateurs dans les hôpitaux étudiés.

Les professionnels individuels sont souvent sensibles à ces commentaires et expressions xénophobes, mais tendent à les justifier en les rendant acceptables. Parfois, cette sympathie avec l'attitude xénophobe des patients espagnols semblait être prise à l'extrême par l'adoption de mesures discriminatoires, comme l'attribution des patients aux salles selon leur nationalité. Cette pratique a été défendue de façon non-cérémonieuse comme étant normale et bénéfique pour les patients espagnols, les patients étrangers et les professionnels.

- Frontière linguistique

Le manque de formation et donc de compétences en matière de soins interculturels et la nécessité d'adapter les soins à la culture du patient semblent être la principale raison des problèmes de cohabitation et des malentendus trop souvent imputés à la seule barrière linguistique. Les informateurs ont déclaré que la communication est véritablement altérée en raison de la barrière linguistique ; d'une incompréhension, une distance, d'un manque d'interprétation.

- Surmonter les frontières

Plusieurs infirmières ont apporté des solutions pour surmonter les frontières qui les séparent de leurs patients marocains, en grande partie liées à l'amélioration de la communication. Pour beaucoup, toutes les frontières sont réduites à une : la barrière de la langue, qui est exprimée comme un grand besoin d'interprètes.

Pour les professionnelles, il s'agit d'apprécier la nécessité de trouver une approche culturelle, même si elle nécessite un «ajustement par les deux parties», (entre professionnels et patients migrants)

DISCUSSION

Interprétations des résultats

Les résultats reprennent les différentes perceptions des infirmières vis-à-vis de la communication interculturelle avec les patients marocains et il y a une identification des barrières qui peuvent empêcher une communication et des soins efficaces.

Limites de l'étude : Cette étude est limitée par la population étudiée, elle-même, de deux façons. L'étude concerne strictement les

infirmières hospitalières; Les résultats obtenus sont donc le reflet des approches des infirmières hospitalières face aux situations et à leurs expériences personnelles. Deuxièmement, ce serait d'un grand intérêt d'explorer les perceptions de la relation infirmière-patient du point de vue de la population d'étude, en tant qu'utilisateurs du système de santé publique et source de comparaison.

Conclusion : Dans le sud de l'Espagne, le fait de soigner des patients immigrés a pris de nombreuses infirmières et des institutions de santé par surprise, et pour beaucoup, il n'y a un véritable manque d'éducation ou de formation spéciale. Cette étude a démontré que la barrière de la langue lors de la communication avec les patients marocains est réelle et banale, mais pourrait être facilement résolu par l'embauche de traducteurs dans les hôpitaux.

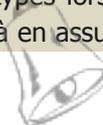
Les auteurs concluent que les vues, les opinions et les attitudes des infirmières, comme le reste de la société, sont façonnées par des préjugés et des stéréotypes qui ont des racines profondes dans la culture occidentale dont le dénominateur commun est la récession du Maure. Les Espagnols ont une relation de pouvoir avec les migrants arrivant du Maroc, mais ne savent pas qu'ils manifestent ces attitudes. C'est une opposition entre deux mondes, deux cultures et deux styles.

En théorie, la compétence culturelle améliorerait les résultats et la satisfaction des patients, étant donné que de nombreux groupes ethnoculturels valorisent la qualité relationnelle et donc les soins hautement interpersonnels. Malheureusement, à ce jour, il existe peu de recherches primaires qui étudient spécifiquement l'utilisation d'un modèle ou d'un outil pour améliorer la prestation des soins infirmiers et la satisfaction / les résultats des patients. En général, la plupart des données relatives aux modèles et outils mis au point pour renforcer les compétences culturelles dans la pratique infirmière ont surtout porté sur l'éducation et la formation des infirmières et des professionnels de la santé.

Il existe d'autres cadres théoriques et conceptuels qui sont résumés dans Collins et Guruge. Bien que ces cadres n'aient pas tendu à étayer les outils spécifiques d'évaluation ou de prestation des soins utilisés dans la pratique clinique infirmière, ils peuvent aider les infirmières et les professionnels de la santé à comprendre le positionnement social des divers groupes ethnoculturels pour lesquels ils s'efforcent de fournir des soins de qualité. Des modèles de compétences culturelles pour la pratique et la formation spécifiques au contexte espagnol de cette étude sont nécessaires.

Conséquences et recommandations

Les auteurs proposent un engagement à la formation des infirmières pour surmonter les préjugés et les stéréotypes lorsqu'ils s'occupent de l'universalité des patients et en veillent à en assurer l'universalité.



Pour améliorer l'harmonie sociale, le respect culturel et la qualité des soins, les infirmières doivent maîtriser la communication interculturelle et leur aptitude à adapter adéquatement leurs soins infirmiers à divers groupes ethnoculturels. Une partie de ce processus dépendra de leur connaissance des autres cultures et des autres façons de connaître le processus santé-maladie, mais surtout des théories et des modèles de soins infirmiers qui explorent les soins culturels et la compétence infirmière culturelle

Article 13: What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland (Bischoff & Denhaerynck, 2010)

Éléments d'évaluations	
Titre	<p>Le titre de l'article se traduit de l'anglais de la manière suivante ; « que coûte la barrière linguistique ; une étude auprès des demandeurs d'Asile en Suisse. »</p> <p>C'est un titre qui précise que l'étude va concerner la barrière linguistique avec la population de demandeurs d'Asile et qu'elle va se dérouler en Suisse.</p> <p>Le titre est complet, donne des indications quant aux concepts clés de l'article et indique déjà la population qui sera concernée.</p>
Résumé	<p>Le résumé de l'étude est divisé en 4 parties distinctes : le contexte, la méthode, les résultats et la conclusion.</p> <p>Concernant le contexte, il est déjà indiqué que les barrières linguistiques ont un impact majeur sur la qualité et le coût des soins. Il est également précisé que l'étude va s'intéresser à la corrélation entre les barrières de langage et les dépenses sociétales dues aux soins prodigués.</p> <p>Dans le paragraphe sur la méthode, nous trouvons des informations quant à la population concernée (les demandeurs d'Asile) et l'organisation ayant entrepris cette étude (HMO, Swiss Health Maintenance Organisation).</p> <p>Pour les résultats, il est spécifié que les demandeurs d'Asile qui rencontrent des difficultés au niveau du langage présentent un coût plus élevé que ceux qui parlent la langue nationale.</p> <p>Il y a également un paragraphe « conclusion » qui amène un résumé des résultats obtenus et qui ouvre des perspectives d'études nouvelles pour la suite.</p> <p>C'est un résumé qui est succinct tout en apportant déjà de</p>

	<p>nombreuses informations quant à l'article et à son développement. Il est toutefois intéressant de constater que le chapitre « discussion », bien qu'il fasse parti du développement de l'article, n'apparaît pas dans le résumé.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Dans la partie introductive, le problème mis en évidence dans cet article est expliqué de manière cohérente et réaliste. Il s'agit de l'augmentation du phénomène migratoire en Suisse et les conséquences économiques et sociales d'une prise en charge envers un patient ne parlant pas une langue nationale. En effet, l'accroissement de la migration européenne amène les soignants à être confrontés à une gamme plus variée de patients avec lesquels ils n'ont pas de langue en commun. Parallèlement, les soignants sont tenus de prodiguer des soins de haute qualité à ces patients conformément aux principes des droits de l'homme et de l'équité.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été réalisée et les auteurs citent quelques articles qui amènent un complément d'information à leur thématique.</p> <p>Une analyse entreprise confirme que les patients ne parlant pas la même langue rencontrent des inégalités au niveau de l'accès au soin et des traitements fournis. D'autres études expliquent les différentes conséquences rencontrées lorsque le patient ne parle pas la langue ; la communication est entravée, la satisfaction du patient et du soignant est diminuée et les conséquences indésirables sont augmentées. De plus, les barrières linguistiques semblent augmenter les risques concernant la sécurité du patient.</p> <p>De part cette revue littéraire, nous avons déjà des informations concernant l'état actuel des connaissances ce qui représente une base solide pour la suite de la recherche. De plus, les études citées représentent des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts de l'étude sont donnés mais ils ne sont pas mis en évidence ni défini de manière concrète.</p> <p>Un des concepts prioritaires est la « barrière linguistique ». L'article s'intéresse aux demandeurs d'Asile qui rencontrent des difficultés de langage. C'est un concept qui est lié au but de l'étude.</p> <p>L'article ne précise pas les bases philosophiques ni théoriques utilisées pour la réalisation de la recherche.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est énoncé de manière claire ; il s'agit d'une recherche sur les frais économiques découlant de prises en charge de patients ne parlant pas la langue nationale en comparaison avec des patients qui parlent la langue.</p>

	<p>Pour cette étude, les auteurs cherchent à rajouter des connaissances en étudiant les associations entre la langue, le coût et l'accès aux soins d'un groupe de requérant d'Asile.</p> <p>L'hypothèse de départ est la suivante ; le coût des soins reflète l'utilisation des services ainsi que le nombre de visite de l'HMO (Swiss Health Maintenance Organisation).</p> <p>Cependant, cette hypothèse n'a pas clairement été formulée dans cette partie du travail et a été énoncé par la suite, dans la partie méthode. De ce fait, cette hypothèse est plus difficile à comprendre clairement de suite. Aucune autre hypothèse n'est posée préalablement et n'est décrite dans cet article.</p> <p>Concernant le but de la recherche, il est exprimé clairement et découle des précédentes recherches de manière logique.</p>
METHODE	
<p>Population et échantillon</p>	<p>Cette étude a utilisé un échantillon représentatif de demandeurs d'Asile en Suisse. Un total de 795 demandeurs d'Asile ont été inscrits au programme A-care et ont visité le service aux moins une fois. Pour 486 de ces patients (61,1%), les chercheurs ont pu avoir des informations suffisantes concernant leur langue afin de pouvoir les inclure à l'échantillon.</p> <p>La population cible est définie de manière précise incluant les demandeurs d'Asile ayant visité cette institution nommée « Swiss Health Maintenance Organisation » ou « HMO ».</p> <p>Les auteurs donnent également des informations concernant la politique Suisse. Selon la politique en matière d'Asile Suisse, chaque personne vivant sur le territoire Suisse peut bénéficier d'accès aux soins. Dès qu'il reçoit le statut de réfugié, il va bénéficier d'office d'une assurance maladie.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les données recueillies sont restées anonymes.</p> <p>L'étude a reçu l'autorisation du comité d'éthique (Ethik-kommission Beider Basel) d'être publié.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis de recherche utilisé dans cette étude est quantitatif car les auteurs cherchent à donner des valeurs précises numériques. Ce devis est adapté au but de l'étude.</p> <p>Dans cette étude, il y a 3 catégories au niveau des barrières linguistiques. Dans le premier groupe, les participants n'ont pas de problème au niveau linguistique alors que dans le deuxième groupe, les personnes rencontrent des difficultés linguistiques mais n'ont pas eu recours à un interprète lors de l'étude. Dans le troisième groupe, les personnes rencontrent des difficultés linguistiques et bénéficient d'un interprète. Ces trois groupes ont été comparés au niveau de</p>

	<p>différentes variables.</p> <p>Il y a différentes variables quantitatives employées telles que le genre, l'âge, le nombre de visite du HMO, le nombre de diagnostics... Concernant le nombre de diagnostic, 8 catégories ont été définies selon le ICD système ; problèmes musculosquelettique, problèmes respiratoires, problèmes mentaux, problèmes de peau, blessures, infections, grossesse et problèmes cardio-vasculaires.</p> <p>Il y a également un décompte du matériel médical utilisé, du nombre de médicament prescrit et des interventions infirmières et médicales.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les données de cette étude ont été collectées régulièrement par les administrations de l'hôpital. Ils ont ensuite été fusionnés avec la démographie selon l'office fédéral des migrations.</p> <p>Concernant les outils de mesures, ils ne sont pas décrits clairement. Il y a peu de détail dans l'article pour les modes de collectes de données.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les données de coût ont été collectés par l'administration de l'hôpital et concerne les examens suivants ; les laboratoires, les examens radiologiques, les ECG... Il y a des données recueillies concernant les interventions médicales, le temps d'hospitalisation du patient, la médication et le prix des interprètes. Le coût est exprimé par mois et a été converti en euro.</p> <p>Le déroulement de la recherche est décrit de manière claire et un schéma est utilisé afin de montrer les différentes variables et leurs relations entre elles.</p>
Analyse des données	<p>Un test concernant l'analyse de Variance (Turkey test) a été utilisé pour comparer les coûts des trois différents groupes de barrières linguistiques.</p> <p>2 variables exogènes et logarithmiques ont été utilisées ; "barrières linguistiques" et "nombre de diagnostics".</p> <p>3 Variables endogènes ont été ajoutées ; «coûts des soins de santé», «utilisation des soins de santé » et « nombre de visites du HMO ».</p> <p>L'article utilise le programme statistique SAS 9.1.3.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Sur ces 486 demandeurs d'Asile étudiés, les origines des patients ont été recueillies. 50% des patients étaient d'origine des Balkans, 11% d'Afrique subsaharienne, 6% de Turquie, 5% d'Iraq, 5% du Sri Lanka et 23% d'autres pays.</p> <p>Sur cet échantillon, 87 demandeurs d'Asile rencontrent des problèmes au niveau linguistique : ce sont principalement les</p>

	<p>femmes qui sont plus âgés. Des interprètes ont été utilisés chez 64 des 87 demandeurs d’asile avec une barrière linguistique. Chez 39 patients, c’était des interprètes professionnels et chez les 25 autres, il s’agissait d’interprètes informels (membre de la famille, employés d’hôpital...).</p> <p>Comme résultats, le coût est plus élevé chez les personnes nécessitant un interprète et plus faible chez les patients parlant la langue nationale. Les coûts et les barrières linguistiques sont indirectement liés car les demandeurs d’asile bénéficiant d’un interprète consomment 2,8x plus de soins et de matériel que ceux sans barrière linguistique.</p> <p>En conclusion, les résultats sont décrits de manière détaillée et sont présentés sous forme de tableau. Ils sont également résumés sous forme de texte narratif.</p>
DISCUSSION	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p>Des comparaisons incontrôlées montrent que le prix est 2 x plus élevé pour les personnes ayant des difficultés linguistiques. Pour ceux qui ont un interprète, les visites du HMO sont plus faibles comparées à ceux n’ayant pas d’interprètes.</p> <p>Cette étude ne permet pas de déterminer clairement si le prix élevé associé aux interprètes va être bénéfique sur le long terme car l’étude est limitée dans le temps.</p> <p>Une limite de l’étude peut être que les barrières linguistiques sont devenues apparentes uniquement lorsque les patients ont besoin de soins aigus. En effet, il y avait un plus grand nombre de comorbidités chez ces patients plutôt que chez ceux dont il n’y a pas de barrière linguistique. En d’autres mots, le fait que les patients rencontrent des barrières linguistiques peut générer plus de besoin en soins et donc plus de coût.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les auteurs précisent que c’est une des seules études qui met en lien le coût des soins et les barrières linguistiques.</p> <p>Les résultats de cette étude démontrent que les barrières linguistiques ne peuvent plus être ignorées dans les services de santé car ils génèrent d’importants coûts économiques en plus d’une baisse de la qualité des soins.</p>

Article 14: Health care for immigrants in Europe : is there still consensus among country experts about principles of good practice ? A Delphi study (Dévillé & al., 2011)

Eléments d'évaluations	
Titre	<p>Le titre de l'étude démontre de manière large la population. Il indique qu'il s'agit d'une étude envers des experts de certains pays européens. Il précise également le concept des bonnes pratiques de soins envers les migrants.</p> <p>C'est un titre qui reste assez vague et qui ne donne pas d'indication sur la méthode de recherche et qui ne précise pas les concepts de l'étude très précisément.</p> <p>Le titre indique également qu'on nomme cette étude « A Delphi study », mais nous n'avons, pour le moment, pas plus d'indications montrant en quoi elle consiste.</p>
Résumé	<p>Le résumé est synthétique et est divisé en 4 parties distinctes ; le contexte, la méthode, les résultats et la conclusion.</p> <p>Le chapitre « discussion » ne se retrouve pas dans le résumé bien qu'il apparaisse dans la recherche.</p> <p>Concernant le contexte, l'auteur précise déjà le but de l'étude en nous indiquant qu'il va s'agir d'une évaluation des points de vues de différents professionnels sur leur conception d'une bonne pratique de soins envers les migrants.</p> <p>Dans le paragraphe sur la méthode, la population est déjà précisée ainsi que la finalité de l'étude. En effet, le but est de constituer une liste qui serait un consensus entre les pays montrant les facteurs principaux caractérisant une bonne pratique de soins envers les migrants.</p> <p>Concernant les résultats, 9 thèmes concernant les bonnes pratiques ont été mis en évidence et sont déjà donnés dans le résumé. Il n'y a pas d'indication plus précise dans cette partie du texte sur ces pratiques. Les auteurs informent également qu'il y a eu des différences entre les différents pays qui seront précisées dans le chapitre sur les résultats.</p> <p>Pour la dernière partie de ce résumé, il s'agit d'une conclusion succincte qui précise qu'il y a des divergences entre les pays mais que finalement les chercheurs et les professionnels sont arrivés à un consensus.</p> <p>En d'autres mots, la partie résumé de l'article est très bien construite et donne des indications pertinentes sans entrer dans trop de détail.</p>

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème de l'étude est décrit clairement et concerne le phénomène migratoire en constante expansion en Europe. De ce fait, les institutions de soins font face à de plus en plus de personnes de culture différentes.</p> <p>Les institutions de soins devraient être physiquement et financièrement accessibles de manière égale pour une personne, qu'elle soit migrante ou pas. Les soins devraient être fournis sans discrimination aux populations plus vulnérables. En d'autres mots, les centres de santé devraient être culturellement adaptés en plus d'être médicalement acceptables.</p> <p>De part ces propos, nous pouvons souligner que l'accès à des soins en santé adaptés pour les migrants et les minorités ethniques est un challenge pour nos institutions européennes.</p> <p>Le problème que cet article met en avant et choisi d'étudier est approprié dans le contexte migratoire actuelle et en vue du nombre insuffisant de recherches systématiques traitant cette problématique.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits à été élaborée par l'auteur qui a expliqué en quelques phrases les résultats trouvés précédemment et l'état des connaissances actuelles. Aucun article n'a cependant été cité par l'auteur qui reste très générale dans ces apports.</p> <p>L'auteur précise que plusieurs littératures scientifiques et rapports politiques ont documenté des différences significatives entre les populations migrantes et les populations locales dans l'utilisation des service de santé en Europe. Par exemple, dans plusieurs pays, qui garantissent des soins à tous, les migrants rencontrent encore différents obstacles ; qui sont d'origine individuelle, socioculturelle, économique, administrative ou politique.</p> <p>Malgré les barrières à l'accès aux soins mises en évidence dans plusieurs pays, de bonnes pratiques pour aller à l'encontre de ses barrières n'ont pas encore été trouvées dans la recherche systématique. Il y a encore très peu de revue sur « comment les soins devraient être ».</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts-clés ne sont pas mis en évidence de manière claire dans l'article. Les auteurs ne donnent aucune indication sur les cadres philosophiques et théoriques à la base de la recherche.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est défini clairement et consiste en une évaluation des différents points de vue des professionnels de 16 pays Européens concernant les pratiques adaptés aux soins prodigués aux migrants.</p> <p>La question, que les professionnels cherchent à élucider, est décrite</p>

	<p>dans le titre de l'article lui-même. Il s'agit de se demander si les bonnes pratiques de soins données aux migrants en Europe sont faites selon un consensus entre les pays. En effet, l'étude va comparer les différents pays dans leur conception de ce qu'est une bonne pratique de soins envers les personnes migrantes. Cette question reflète le contenu de la recension des écrits et découle logiquement du but de l'étude.</p> <p>Les auteurs n'ont pas décrits d'hypothèses de recherche dans le texte. Les variables utilisées ne sont pas définies dans la partie introductive de cette recherche.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Le projet a collecté des données venant de 16 pays membres de l'union Européenne : Autriche, Belgique, Danemark, Angleterre, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Hongrie, Italie, Lituanie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Espagne et Suède.</p> <p>Concernant la population, 8 professionnels ont été recrutés dans chacun des 16 différents pays. Ils ont été choisis pour leur expertise et leur expérience dans le milieu interculturel et travaillent dans des académies, des secteurs non-gouvernementaux, des secteurs politiques et des centres de santé. Il n'y a pas eu d'autres critères particuliers utilisés pour la sélection de l'échantillon.</p> <p>L'échantillon de population est décrit de manière précise, les différents pays et professionnels ciblés sont indiqués. Le nombre de professionnel approché est approprié à ce type d'étude et permet un reflet réel d'une population générale.</p> <p>Cependant, la méthode utilisée pour retenir la population n'est pas développée dans cette partie du texte.</p>
Considérations éthiques	<p>Les participants ont été choisis pour leur expertise et sont garantis de rester anonymes avec un respect de leur opinion.</p> <p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants ne sont pas décrits de manière précise, les auteurs indiquent seulement que l'anonymat sera respecté.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis de recherche utilisé est de type qualitatif et permet aux chercheurs d'atteindre le but attendu. Ce devis permet l'exploration d'un phénomène de recherche et tient compte, dans cette étude, des différents points de vue des professionnels.</p> <p>Quant aux critères scientifiques visés : véracité, applicabilité, consistance et neutralité, ce devis permet des résultats réels qui peuvent être appliqués en pratique.</p> <p>Les chercheurs communiquent avec les professionnels par e-mail principalement, le temps qu'ils ont passé sur le terrain n'est pas</p>

	clairement indiqué.
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>A partir du mois de juin 2008 et jusqu'au mois de Janvier 2009, les données ont été collectées selon 2 méthodes particulières. Dans le premier cas, un logiciel spécialement conçu pour cette étude a été utilisé dans 7 des différents pays. Pour les autres pays, qui ont jugé que traduire directement en Anglais leurs résultats crée un biais, ils ont pu avoir des correspondances directes par e-mail avec les experts.</p> <p>Du au devis de recherche qualitatif, il n'y a pas eu de questionnaire utilisé. Il n'y a pas de variable sauf celle du pays d'origine des professionnels et les différents secteurs où ils travaillent.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>La conduite de la recherche a été décrite de manière claire et détaillé.</p> <p>Le projet Delphi a été séparé en 4 différentes étapes suivants un protocole standard.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les professionnels ont, en premier lieu, mis en évidence 10 facteurs qui selon eux constituent « les meilleures pratiques dans les soins de santé aux migrants ». Les migrants compris dans cette assertion sont ceux qui sont arrivés dans les 5 dernières années, qui ont entre 18 et 65 ans, qui présentent un statut juridique légal et qui ne sont pas originaire d'un pays parlant la même langue que le pays d'accueil. Pour chacun de ces 10 facteurs mis en évidence, le professionnel devait également donner une brève explication montrant pourquoi il avait retenu cet élément. La liste totale des facteurs initiaux de chaque pays a été revue par 2 chercheurs au minimum. Si plusieurs facteurs se ressemblaient, ils ont été regroupés. 2. Dans la deuxième étape, la liste des facteurs modifiés a été renvoyée aux différents professionnels qui avaient pour mission de noter l'importance de leurs facteurs sur une échelle de 1 (pas important) à 5 (très important). Dans chaque pays, la moyenne pour chaque facteur a été calculée. 3. Par la suite, pour chaque note différant de plus de 1 point de la moyenne du pays, le professionnel ayant donné cette note a été contacté afin de pouvoir revoir son score si nécessaire. La modification de sa note initiale n'était évidemment pas obligatoire. 4. Pour terminer, chaque pays a identifié les 10 facteurs ayant la note la plus élevée afin de créer une liste. Dans certains pays, où les scores étaient élevés, plus de 10 facteurs ont été admis dans la liste finale.

<p>Analyse des données</p>	<p>Pour l'analyse finale, les listes de facteurs de chaque pays ont été traduites en anglais. Les experts de l'étude ont ensuite analysés et comparés les différentes listes afin de créer un consensus.</p> <p>Les facteurs ont été classés ensuite selon 9 thématiques principales qui seront présentés dans le chapitre des résultats.</p> <p>Il n'y a pas d'indication, dans ce chapitre, des biais ou des facteurs susceptibles d'influer les résultats.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont présentés sous forme de 4 différents tableaux qui sont très complets. Ces tableaux sont également accompagnés de textes qui expliquent plus en détail les résultats de l'étude.</p> <p>Premièrement, sur les 134 professionnels approchés, 126 ont participé aux 4 étapes de l'étude. Le premier tableau présente les différents professionnels interrogés dans cette recherche ainsi que leur profil.</p> <p>Au total, 186 facteurs influençant une bonne prise en charge des migrants ont été déterminés et classés dans 9 thèmes principaux. Le deuxième tableau représente le nombre de facteurs déterminé pour chaque pays et le troisième présente ces facteurs en ajoutant des détails pertinents.</p> <p>Les 9 thèmes principaux sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'accessibilité aux soins - L'empowerment des migrants - La sensibilité culturelle - Les soins adaptés et individuels - La communication (interprètes) - Le respect envers les migrants - L'interdisciplinarité et le travail en réseau - Les activités de sensibilisation ciblée - La disponibilité des données <p>Chacun de ces facteurs est définis et des exemples sont imaginés dans le tableau.</p> <p>Le quatrième tableau présente les divergences à l'intérieur des pays et entre les différents pays. A chaque étape de l'étude, les facteurs ont pu être regroupés. Etant donné qu'il y avait plusieurs professionnels par pays, des divergences de point de vues étaient présents et les professionnels ont du arriver à un consensus commun. Par la suite, c'est entre les différents pays qu'un consensus a du également naître.</p> <p>Pour conclure avec cette partie de l'étude, les résultats sont présentés de manière claire sans entrer dans trop de détail qui nous</p>

	perdrait. Il y a une construction logique dans la transcription de ces différents résultats.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et ils concordent avec les études antérieures.</p> <p>La discussion met en évidence qu'il y avait 16 pays présents dans cette étude, avec chacun un bagage d'immigrés différents. De bonnes pratiques de soins signifie prodiguer des soins adaptés aux migrants en terme de communication, d'attitude empathique et de non-discrimination.</p> <p>Les auteurs ont identifiés les éléments facilitateurs et les limites de l'étude de manière précise. En premier lieu, un élément qui a facilité l'étude est que les professionnels ont pu rapporter leurs observations dans leur langue ce qui a permis des explications plus détaillées. Concernant les limites de cette étude, les professionnels venaient presque tous des villes capitales ce qui fait que le contexte rural est moins représenté. De plus, pour les pays avec une histoire migratoire plus restreinte, les discussions étaient plus limitées mais comptaient pareillement dans la balance que les pays avec beaucoup de migrants. Enfin, les chercheurs relèvent également que certaines pratiques ont certainement été oubliées par certains pays, qui les considèrent déjà comme acquises.</p> <p>En conclusion, le droit à un accès égal aux soins pour tous est vu comme la priorité dans tous les pays participants à cette étude.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs proposent de nouvelles recherches et donnent des recommandations. Ils admettent que ce serait une bonne chose de développer une charte européenne qui promettrait un accès à des soins culturellement adaptés pour toutes les personnes, indépendamment de leur origine. Ils ajoutent également que plus de recherches pourraient être développées sur ce même sujet.</p>

Article 15: Cross-cultural communication barriers in health care (Taylor & al., 2013)

Éléments d'évaluations	
Titre	Le titre précise qu'il s'agira d'étudier les barrières communicationnelles en interculturalité dans le domaine des soins. Les concepts clés sont donc « Cross-cultural » et « communication

	barriers ». La population n'est pas précisée dans le titre.
Résumé	La problématique n'est pas clairement explicitée dans le résumé. L'objectif, la méthode, les résultats et la conclusion (discussion) sont synthétisés dans les grandes lignes.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Avant la formulation du problème, les auteurs ont fait une introduction des différents problèmes qu'ils perçoivent dans les soins en lien avec la problématique de la langue entre patients et personnel soignant. Comme l'expliquent les auteurs, la composition ethnique de la population au Royaume-Uni est fortement empruntée par les vagues de migrations internationales et devient donc de plus en plus diversifiée (Rees & al., 2001). Cela a donc son implication dans les soins et dans les objectifs futurs (communautaires et économiques) des hôpitaux. En effet, de nombreux migrants viennent de pays où l'anglais n'est pas la première langue et où l'éducation n'est ni gratuite ni obligatoire. Dans les milieux de la santé, les barrières linguistiques et l'alphabétisation affectent l'efficacité des soins, les prises de décisions médicales, la compliance aux traitements ainsi que la compréhension et l'accès aux services de santé. De plus, malgré que la NHS ait mis en place un accès facilité des soins, certaines minorités ethniques de première génération ont des difficultés dans l'utilisation des services de santé.</p> <p>Ainsi, pour améliorer l'expérience de ces patients, Wensveen (1999) a suggéré qu'il ne suffisait pas de créer des services qui fonctionnent correctement mais d'assurer des expériences positives de ceux qui utilisent et offrent de tels services. Cela nécessite un niveau communicationnel raisonnable qui exige une contribution égale de la part des deux parties qui communiquent ainsi qu'une compréhension mutuelle.</p> <p>Le problème à l'étude est formulé mais pas de façon claire. Selon nous, il reste vague. Cependant, les auteurs donnent plusieurs arguments tirés de la recension des écrits pour étayer et soutenir la problématique. Nous comprenons donc que la communication entre le personnel soignant et le patient (migrant) est problématique et qu'elle ne permet pas de prodiguer des soins efficaces en plus de ne pas permettre un accès aux soins optimal.</p> <p>Le problème est tout à fait pertinent par rapport au contexte des connaissances actuelles. En effet, en vue des grandes vagues d'immigrations actuelles, il est judicieux d'étudier cette problématique de communication pour pouvoir répondre aux besoins de ces personnes issues de minorités ethniques et promouvoir leur accès aux soins de santé.</p>

<p>Recension des écrits</p>	<p>Une recension a été entreprise (voir « problème de la recherche »). Les études recensées viennent soutenir les propos de l'auteur, notamment par rapport aux problématiques d'alphabétisation, la compliance de ces patients, les difficultés d'accès aux soins et les facteurs influençant l'apprentissage de la langue. Selon nous, elle fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche mais l'auteur aurait pu, selon nous, recueillir davantage d'études qui portent sur les répercussions d'une communication insuffisante dans les soins. Si les auteurs avaient mieux approfondi la recension, elle aurait été une base plus solide pour l'étude, bien qu'elle ait tout de même permis de soutenir cette dernière.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts-clés ne sont pas mis en évidence ni définis. En réalité, il n'y a pas de plan conceptuel dans cette recherche. Les thématiques principales qui sont les « barrières communicationnelles » et la « transculturalité » ne sont pas clairement définies. Les auteurs ont organisé leur étude sous forme d'un texte narratif qui reprend la problématique mais n'ont pas clairement mis en évidence les concepts-clés.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise. Le but de la recherche est d'enquêter sur la perception qu'ont les professionnels des prises en charge des patients appartenant à des minorités ethniques ayant de faibles voire pas du tout de compétences linguistiques en anglais, en particulier chez des patients du Pakistan, de l'Inde, du Bangladesh, du Népal et du Sri Lanka. Les auteurs souhaitent également déterminer si ces patients ont rencontré des obstacles dans l'accès aux soins de santé et les effets de cela. La recherche vise donc à déterminer s'il y a des possibilités d'adopter une approche plus inclusive pour concevoir des aides ou des procédures qui pourraient contribuer à réduire les obstacles et contribuer à améliorer l'expérience des patients.</p> <p>Les questions de recherche sont clairement énoncées. Elles reflètent la recension des écrits et découlent logiquement du but de la recherche :</p> <p>Quelles étaient les perceptions des participants concernant les soins prodigués à des personnes issues de minorités ethniques ayant des compétences en anglais pauvre ou inexistantes ?</p> <p>Est-ce que des personnes de ces milieux ont rencontré des obstacles, y compris ceux de la langue ?</p> <p>D'autres groupes de patients ont-ils des difficultés similaires ?</p> <p>Quel était l'effet de ces obstacles sur le flux de travail ?</p>

	<p>Les variables-clés sont les suivantes : « perceptions des participants sur les soins prodigués », « obstacles rencontrés », « barrières/obstacles linguistiques ». Les variables reflètent les concepts-clés qui sont les « barrières communicationnelles » et la « transculturalité ». Cependant, les auteurs étudient les perceptions du personnel soignant (et non celles des patients) pour mesurer la variable de la qualité des « soins prodigués » à ces patients issus de minorités ethniques.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est définie mais pas de manière détaillée : l'échantillonnage finalisé s'est centré sur les rôles de six différentes professions de la santé (n=34). Il s'agit de physiothérapeutes (n=4), d'ambulanciers (n=4), de médecins (n=7), d'infirmières (n=11), de pharmaciens (n=3) et de réceptionnistes (n=5). Les participants comprenaient 20 femmes et 14 hommes, âgés entre 25 et 60 ans. Pour accroître la représentativité de l'échantillon, les auteurs ont décidé que l'expérience avec ces patients de minorités ethniques était un critère d'inclusion. Cinq services de soins ont participé à l'étude : deux services de soins de courte durée, deux services de soins primaires et un service ambulancier. Deux volontaires faisant partie de minorités ethniques de 2^{ème} génération ont été choisis pour donner une perspective plus large à l'étude.</p>
Considérations éthiques	<p>Le comité régional NHS d'éthique et de recherche et cinq départements de recherche et développement ont approuvé la proposition de recherche, les documents éthiques et les questions d'entrevue. Cinq gestionnaires de NHS ont supervisé l'étude pour s'assurer que l'elle a été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants. Les manières pour sauvegarder les droits des participants sont donc tout à fait adéquates. De plus, des certificats de « bonne pratique clinique » et un consentement éclairé ont été obtenus en plus d'un passeport de recherche et une autorisation du bureau des dossiers criminels. Tous les 34 participants ont signé un formulaire de consentement éclairé.</p>
Devis de recherche	<p>Etude qualitative. La recherche a été guidée par l'approche empathique d'Evans et al (2002) qui propose de comprendre les problèmes de manière holistique en ne faisant aucune hypothèse et en impliquant autant de parties que possible. La perspective de Storey's (1999) et Castells (2000) ont également guidé ce travail par rapport aux perspectives de la nature dynamique des cultures (les cultures changent constamment et sont influencées par l'environnement). Selon nous, le devis permet à l'étude d'atteindre son but car il permet d'examiner toutes les questions. De plus, la recherche étant holistique, elle permettra de tenir en compte de</p>

	<p>nombreux éléments pertinents. Le fait qu'il y ait plusieurs corps de professionnels de la santé permet à ce que l'étude soit holistique (globale) et à ce qu'elle puisse examiner toutes les questions de recherches. L'étude qualitative est tout à fait conciliable avec les outils de collecte de données qui sont les entrevues et entretiens semi-structurés car suite à l'analyse des données issues de ces entretiens, les auteurs pourront les classifier et les thématiser. Le choix du devis permet selon nous de respecter les critères de neutralité et de véricité. Par contre, nous émettons un doute sur le respect des critères d'applicabilité et de consistance en raison du petit échantillon (n=34). Le temps passé sur le terrain auprès des participants (40-45 minutes par entretiens) paraît tout à fait suffisant.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables. Il s'agit d'entretiens individuels et semi-structurés de 40 à 45 minutes qui ont été réalisés en utilisant des questions ouvertes (pour encourager des réponses complètes et plus significatives).</p> <p>Les questions de recherches ont été rigoureusement consignées par la suite : de par des entretiens semi-structurés, les auteurs ont pu saisir les perceptions des participants concernant les soins qu'ils prodiguent aux personnes issues de minorités ethniques. De plus, les auteurs ont pu recueillir des informations sur les obstacles et les difficultés que pouvaient rencontrer ces patients et l'effet de ces derniers sur le flux de travail. La procédure expérimentale paraît donc cohérente par rapport aux outils mesurés. L'auteur n'indique pas si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils ont été importés.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte de données/enregistrement est clairement décrit mais aurait pu être explicité de manière plus précise. Les informations liées à l'étude ont été distribuées à la main et par courrier électronique aux différents participants des cinq départements et aux cinq gestionnaires de la NHS (présents pour superviser l'étude). Pour éviter les biais, il a bien été précisé aux participants qu'aucune réponse ne pouvait être correcte ou fausse. La participation était volontaire et les données étaient anonymes. Les entrevues ont été menées sur les sites de soins. Les entretiens ont été enregistrés et la première entrevue a été utilisée pour piloter et ajuster la méthodologie. Les auteurs ne nous donnent pas plus d'informations sur les moyens entrepris pour éviter les biais (par exemple, l'utilisation d'un personnel compétent).</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d'analyse sont brièvement décrites. Les données ont été transcrites et regroupées sous les thèmes apparus. Elles ont ensuite été analysées par thème dans le programme « Word 2007 »,</p>

	<p>puis formatées et affinées dans « Excel 2007 ». Les auteurs ne précisent pas si les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats ont été pris en considération dans l'analyse. Il n'y a pas de résumé des résultats dans la partie « méthode ».</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont adéquatement présentés sous forme de texte narratif. Les résultats se centrent sur la perception des participants des soins prodigués à ces populations issues de minorités ethniques, surtout d'origine indienne (sauf s'il est spécifié une autre origine). Les résultats sont divisés en deux catégories principales : difficultés rencontrées et effet sur le flux de travail (workflow). Les thèmes sont logiquement associés entre eux afin de bien présenter le phénomène. Cependant, nous trouvons que l'auteur aurait mieux fait de plus argumenter les problématiques et de mettre moins d'exemples. L'auteur a fait participer deux personnes issues de minorités ethniques de 2^{ème} génération pour donner une perspective plus grande à l'étude.</p> <p><u>Difficultés rencontrées :</u></p> <p>Cinq difficultés ont été identifiées : barrière de la langue, faible alphabétisation et anxiété, manque de compréhension, les attitudes générales (attitude par rapport au genre) et les croyances en matière de santé et la rétention de l'information.</p> <p><i>Barrière de la langue</i> : les obstacles linguistiques ont été le principal obstacle à l'obtention d'un diagnostic précis, à l'évaluation de la douleur, à l'organisation de rendez-vous par téléphone ou à l'explication d'effets secondaires. Les participants se disaient étonnés de voir que des patientes qui résidaient depuis longtemps en Angleterre ne parlaient pas la langue. Les infirmières disaient avoir des difficultés lorsqu'elles devaient demander au médecin de répéter le diagnostic en anglais et de trouver quelqu'un pour interpréter ou expliquer cette information au patient. 8 participants ont estimé qu'ils n'avaient eu aucun problème ou seulement des problèmes occasionnels parce que les tâches qu'ils accomplissaient étaient relativement simples, l'évaluation était rapide ou alors ils avaient peu de patients issus de minorités ethniques.</p> <p><i>Faible niveau d'alphabétisation et anxiété</i> : le faible niveau d'alphabétisation chez certains patients était un problème. Cependant, 17 participants ont estimé que cet obstacle était facilement surmontable grâce à l'interprétation des familles. Ces patients avaient des difficultés à lire les notices d'emballage des médicaments et ou à lire les procédures d'un traitement. Ainsi, il faut plus de temps pour les infirmières et le médecin pour expliquer le traitement et pour donner des informations nécessaires au patient.</p>

Les difficultés rencontrées par les patients semblent découler de compétences médiocres en anglais, un probable faible niveau d'alphabétisation, une mauvaise vision, une dyslexie ou d'autres fragilités.

Manque de compréhension : le manque de compréhension a été reconnu comme un problème interculturel cité par la majorité des participants. La majeure partie des participants reconnaissent que les patients issus de minorités ethniques ne comprennent pas les services de santé en général. Les services d'urgence sont utilisés de manière inappropriée : entre 30 et 35% des appels aux urgences n'étaient pas des situations d'urgence. Les infirmières disent que, de par des croyances culturelles, ces patients utilisent également des produits « naturels » sur leurs brûlures ou leur plaie, ce qui n'est absolument pas efficace. La non compliance au traitement est également présente lorsqu'il y a un manque de compréhension : le patient prend son médicament à un autre moment de la journée ou l'arrête à cause des effets secondaires sans consulter le pharmacien ou le médecin.

Les attitudes générales (attitudes par rapport au genre) et croyances en matière de santé : 14 participants ont cité des problématiques d'attitude sexistes, entraînant des problèmes d'interprétation, du temps perdu ou des incertitudes quant au consentement éclairé. Les rendez-vous étaient gaspillés lorsque les membres masculins de la famille, en particulier musulman, refusaient d'autoriser un membre féminin de la famille de se faire examiner par un médecin masculin même si une infirmière était présente. D'autres attitudes influençaient la prestation de soins : par exemple, un mari qui a refusé l'entrée des ambulanciers dans sa maison. Pour un participant de minorité ethnique de 2^{ème} génération, certains dans sa communauté étaient plus exigeants que d'autres et que même s'ils ont un traducteur à la maison, ils refuseront de lui demander service, ce qui rajoute des obstacles à la prestation de soins. D'autres facteurs culturels tels que la religion entraînent une certaine « crainte » des soignants d'offenser les patients, ce qui est un obstacle à la prestation et à la qualité des soins. De plus, le diagnostic dépendait de la compréhension du patient dans le contexte de sa culture et de ses croyances en matière de santé.

Rétention d'information : la rétention d'information était un problème interculturel très présent. Cependant, 21 participants ont déclaré que ce n'était pas un problème car ils comptent sur les membres de la famille pour s'assurer que les patients se souviennent de l'information. Un médecin a déclaré que les personnes d'autres cultures, lorsqu'elles étaient stressées, se rappelaient seulement de 15-40% des informations qui leur ont été transmises.

Effets sur le flux de travail :

La majorité des participants ont estimé que la prestation de soins aux patients ayant des compétences linguistiques limitées a affecté le temps requis pour fournir des soins ainsi que le volume de travail et les coûts (services d'interprètes, obstacles rajoutés par le stress du patient,...). Cependant, il y a eu un accord unanime entre tous les participants : La bonne compréhension du patient passe avant toute contrainte économique (coût,...).

DISCUSSION

Comme la population issue de minorités ethniques augmente, il est essentiel que les individus puissent interagir efficacement dans les services de soins. Les raisons des difficultés rencontrées par les personnes ayant des compétences limitées en anglais et l'effet de celles-ci semblaient être identiques par tous les participants mais variaient tout de même d'un service à l'autre. Les barrières linguistiques étaient fréquentes parmi de nombreux groupes ethniques minoritaires et certaines citées étaient également partagées par des patients autochtones (mais pour d'autres raisons). Les commentaires et les approches des participants ont suggéré qu'ils faisaient de leur mieux pour traiter les problèmes et qu'ils se centrent sur la prestation de soins sûrs et efficaces. Les participants ont largement suivi une approche individualiste des soins, axée sur les préférences des patients alors que certaines minorités ethniques ont suivi une approche collective, s'appuyant sur une famille ou en consultant l'interprète lors de la prise de décision.

Interprétations des résultats

Plusieurs résultats concordent avec la littérature antérieure et l'auteur discute de ses résultats à la lumière de cette dernière. Les barrières linguistiques ont été principalement rencontrées chez des femmes, y compris celles qui résident au Royaume-Uni depuis longtemps (Taylor et al, 2010,2011). Le faible niveau d'alphabétisation et les barrières linguistiques ont empêché les patients de comprendre l'environnement de la santé, exigeant des professionnels qu'ils adoptent des stratégies telles que la limitation et la répétition de l'information (Safeer and Keenan 2005, Katz et al 2006, amalraj et al 2009, ngoh 2009, Salazar 2010). Les moyens pour améliorer la compréhension entre patients, familles et soignants et pour encourager davantage cette communication méritent d'être pris en considération pour aider à établir un meilleur flux de travail et réduire les inquiétudes concernant la réadmission des hôpitaux en raison de non-compliance aux traitements, par exemple.

Les difficultés liées aux attitudes culturelles (attitudes de genre) ou aux croyances en matière de santé ont été identifiées. En effet, certains membres masculins de la famille ont entravé par inadvertance la prestation des soins en interprétant mal l'information

	<p>sans demander des éclaircissements. D'autres attitudes sexistes de la part des hommes ont causé des difficultés lorsqu'ils refusaient que les médecins examinent leur femme.</p> <p>Les obstacles créés par les barrières linguistiques doivent être abordés de manière répétée et efficace dans tous les services de santé de longue ou de courte durée. En effet, ces barrières-là ont affecté le bien-être et la vie quotidienne des patients. Les résultats de cette étude et la recension des écrits (Taylor et al 2010, 2011) confirment que de nombreux résidents n'avaient pas appris l'anglais et que leurs besoins augmenteraient probablement avec l'âge (Safeer et Keenan, 2005). De plus, la plus grande augmentation de la population au Royaume-Uni provient de pays où l'anglais n'est pas la première langue. Par conséquent, il devient nécessaire d'améliorer la conscience des patients, d'exercer « l'empowerment » avec eux et s'engager positivement de manière à améliorer les prestations de soins de santé.</p> <p>La discussion est conforme aux résultats de l'étude mais les auteurs auraient pu interpréter de manière plus approfondie car il nous semble qu'il manque de la consistance à l'étude.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>L'auteur fait des recommandations concrètes pour la pratique clinique des soignants. En effet, toutes les parties prenantes, tant le personnel que les patients doivent contribuer de manière égale à l'expérience de la communication (Sanders et Dandavate, 1999) et il est possible d'y parvenir au moyen d'une ou plusieurs des trois options suivantes : la société accepte les coûts d'interprétation et de traduction, la participation des familles peut être augmentée ou la communication en anglais peut être encouragée par de nouvelles façons. Par exemple, utiliser des aides visuelles à la communication pour encourager une communication plus directe patient-soignant et fournir une assistance aux patients pour apprendre l'anglais à la maison, en mettant l'accent sur les soins de santé. La promotion de l'anglais peut être l'option la plus avantageuse, la plus efficace, la plus durable et la moins coûteuse pour les patients, les familles et les fournisseurs de soins.</p> <p>Ainsi, il est essentiel de sensibiliser les patients aux avantages de l'apprentissage de l'anglais afin de réduire les obstacles intra-culturels potentiels, ce qui pourrait augmenter la motivation du patient et améliorer son expérience dans les soins. En outre, la connaissance des barrières linguistiques et de l'alphabétisation des patients pourrait contribuer à améliorer le flux de travail et les interactions patient-soignant.</p> <p>Nous trouvons que les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions mais l'auteur aurait pu davantage approfondir pour apporter de la consistance à sa recherche.</p>

