

Enjeux des barrières linguistiques en milieu hospitalier

Travail de Bachelor

Azuni Gago Marte

N° matricule : 20870879

Elisa Fäh

N° matricule : 20872222

Patricia Alexandra Esperanço Pereira

N° matricule : 20870853

Directrice : Noelia Delicado, MScSI – Maître d'enseignement HES

Membre du jury : Monica Sofia Oliveira Trindade – Infirmière en médecine de premiers
recours

Juin 2023

Filière Soins Infirmiers

Haute école de santé de Genève

DÉCLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

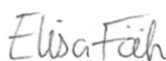
Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 09 juin 2023.

Azuni Gago Marte



Elisa Fäh



Patricia Alexandra Esperanço Pereira



REMERCIEMENTS

Nous tenons infiniment à remercier toutes les personnes qui nous ont soutenues et accompagnées durant le cheminement de notre travail de Bachelor.

Tout d'abord, nous aimerions remercier Noelia Delicado, notre directrice de travail de Bachelor, qui a toujours su nous guider et nous a apporté de bons conseils. Avec sa bonne humeur et sa joie de vivre, elle nous a encouragé à donner le meilleur de nous-même c'est ce qui nous a permis d'être rigoureuses et motivées.

Ensuite, nous souhaitons également remercier Monica Sofia Oliveira Trindade d'être présente en tant que jury de notre travail de Bachelor et d'avoir consacré du temps à la lecture de notre travail ainsi que de nous apporter, lors de notre soutenance orale, son expertise professionnelle.

Je souhaite remercier sincèrement Elisa et Patricia pour la réalisation de ce travail et pour cette belle amitié que nous avons pu construire. Je les remercie pour tous ces beaux moments passés ensemble. Je remercie du fond du cœur ma famille et mes amis pour leur soutien et leur encouragement tout au long de ces années, ils m'ont donné la motivation et la force pour mener mes études avec confiance et détermination.

Azuni Gago Marte

Je tiens à remercier premièrement Patricia et Azuni avec qui, ensemble, nous avons pu concrétiser ce travail de Bachelor. Je les remercie également d'avoir fait partie de mes années de parcours au sein de la Haute école de santé (HEdS) avec qui j'ai pu rigoler et partager de beaux moments ainsi que travailler et se soutenir mutuellement pour réussir nos examens. Enfin, je souhaite remercier ma famille et mes amis pour leur soutien et leur écoute qui m'ont aidé à ne jamais baisser les bras.

Elisa Fäh

Je remercie de tout cœur mes collègues Elisa et Azuni sans qui ce travail n'aurait pas pu se réaliser. Je les remercie pour tous les moments de partage que nous avons vécu durant ces dernières années. Je suis fière du parcours que nous avons parcouru. Notre cohésion de groupe nous a permis d'avancer ensemble et de nous compléter. Je tiens également à remercier mes proches qui ont toujours été présents pour moi et qui ont su m'accompagner tout au long de mon parcours académique.

Patricia Alexandra Esperanço Pereira

RÉSUMÉ

Thème : Ce travail porte sur le vécu des infirmiers¹ face à la barrière linguistique dans la prise en soins d'une personne allophone, qui ne maîtrise pas la langue d'expression commune du pays dans lequel elle réside.

Problématique : Le flux migratoire présent dans le monde mène les personnes en situation de migration à être confrontées à la barrière de la langue du pays qui les accueille. La théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture dans la pratique infirmière développée par Madeleine Leininger (1925-2012) (Leininger & McFarland, 2006) va amener aux soignants une perspective de la prise en soins bio-psycho-sociale et spirituelle de la personne en situation de migration, en tenant compte de sa culture et des enjeux que ces différences peuvent engendrer dans la relation soignant-soigné.

La barrière de la langue va engendrer des difficultés de communication et de compréhension dans les soins. C'est pourquoi la question de recherche suivante se pose : Quel est le vécu des infirmiers durant la prise en soins de personnes allophones et quelles recommandations peuvent pallier les barrières linguistiques en milieu hospitalier ?

Méthode : Neuf articles scientifiques ont été retenus dans le but de répondre à la question de recherche. Les bases de données utilisées pour sélectionner ces articles sont Publisher MEDLINE (PubMed) et Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Cette recherche a été effectuée durant le mois de novembre en 2022.

Résultats : Ces études révèlent que les infirmiers rencontrent plusieurs difficultés face à la barrière de la langue engendrant un sentiment d'impuissance vis-à-vis de la situation. Par ailleurs, ces études mettent également en avant des recommandations qui permettront d'augmenter la qualité de la prise en soins.

Discussion/Conclusion : Cette revue de littérature met en évidence le ressenti négatif et les obstacles des infirmiers face à la barrière linguistique. Pour une meilleure qualité de la prise en soins d'un patient allophone, les soignants ont trouvé plusieurs stratégies

¹ Ce terme est à lire à titre épïcène dans l'entièreté du travail, il désigne de manière indifférenciée les infirmiers et les infirmières.

d'adaptation et ils recommandent la collaboration avec un interprète, la famille ou un professionnel bilingue selon les différentes situations. Ils évoquent également que l'utilisation du langage verbal et non verbal, le fait d'avoir davantage de supports manuscrits et informatiques ainsi que plus de formations sur le sujet pourraient être bénéfique.

Mots-clés : Soins infirmiers – Barrières de la langue – Relation patient-infirmier

Keywords : Nursing care – Communication barriers – Nurse-patient relations

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CAS	Certificate of Advanced Studies
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CNE	Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine
COREQ	COsolidated criteria for REporting Qualitative research
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
HES-SO	Haute école de santé de Suisse occidentale
HeTOP	Health Terminology/Ontology Portal
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
ICLS	Infirmier Clinicien spécialisé
IPS	Infirmier praticien spécialisé
MScIPS	Maîtrise Universitaire ès Sciences en pratique infirmière spécialisée
MScSI	Master ès Sciences en sciences infirmières
MeSH	Medical Subject Headings
MMAT	Mixed Methods Appraisal Tool
OFS	Office fédéral de la statistique
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la santé
IPA	Pratique Infirmière Avancée
PhD	Programme de doctorat en sciences infirmières
PubMed	Publisher MEDLINE
UNIGE	Université de Genève
UNIL	Université de Lausanne
SEM	Secrétariat d'État aux migrations

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : PICO	17
Tableau 2 : Mots clés et MeSH terms	18
Tableau 3 : Équations de recherche	18
Tableau 4 : Tableau synoptique	38

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Domaines d'intervention des interprètes.	14
Figure 2 : Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	19
Figure 3 : Schéma « Sunrise Enabler » de la théorie de Leininger	60
Figure 4 : Pyramide des niveaux de preuves.....	61

TABLE DES MATIÈRE

Déclaration.....	2
Remerciements.....	3
Résumé.....	4
Liste des abréviations.....	6
Liste des tableaux.....	6
Liste des figures.....	7
Table des matière	8
Introduction	10
1. Problématique.....	11
1.1. Ancrage théorique.....	15
2. Méthode	17
2.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	17
2.2. Diagramme de flux	19
2.3. Grille de lecture	20
3. Résultats	21
3.1. Études retenues et niveau de preuve	21
3.2. Analyse critique des articles retenus	22
4. Discussion.....	39
4.1. Vécu des infirmiers face aux barrières linguistiques	39
4.1.1. Ressenti des infirmiers face à la barrière linguistique	39
4.1.2. Perceptions des infirmiers face à l'utilisation des services d'interprétariat ...	40
4.1.3. Ressources auprès des membres de la famille et auprès d'autres professionnels de la santé	43
4.2. Recommandations infirmières face aux barrières linguistiques.....	45
4.2.1. Utilisation du langage verbal et non verbal.....	45
4.2.2. Supports manuscrits et informatiques	46
4.2.3. Besoin en formations	48
5. Conclusion	49
5.1. Apports et limites du travail.....	49
5.2. Recommandations	50
5.2.1. Clinique.....	50
5.2.2. Recherche	52
5.2.3. Enseignement	53
6. Références.....	55

7.	Annexes	60
7.1.	Sunrise Enabler.....	60
7.2.	Niveaux de preuve	61
7.3.	Tableaux de synthèse de l'analyse critique des 9 articles retenus.....	62
7.4.	Grilles de lecture COREQ.....	81
7.5.	Grille de lecture MMAT	124

INTRODUCTION

Les activités lucratives, le rassemblement familial et les formations continues sont les principales causes de l'immigration en Suisse (Secrétariat d'Etat aux migrations [SEM], 2021).

Dès leur arrivée, les personnes en situation de migration sont confrontées à des différences culturelles, notamment celle de la barrière de la langue, celle-ci étant inévitable dans leur quotidien. Afin d'inclure au mieux ces personnes dans la société et ses différents systèmes, il convient de s'interroger sur leur parcours de santé et la prise en soins dont elles bénéficient en milieu hospitalier.

Tout d'abord, ce travail expose la problématique en abordant la thématique de la migration ainsi que celle de la barrière linguistique. Les enjeux dans la prise en soin d'une personne allophone seront également abordés. La théorie de la diversité et de l'universalité des soins culturels de Madeleine Leininger permettra d'apporter une vision disciplinaire au sujet traité. L'exposé de la problématique mènera à la question de recherche à laquelle souhaite répondre ce travail.

La deuxième partie de ce travail expose la méthodologie qui a été appliquée pour répondre à la question de recherche. Ce processus a permis de mettre en évidence neuf articles éligibles à une analyse plus approfondie qui permettra de faire émerger des éléments de réponse au questionnement.

Ensuite, ces articles sont classés selon leurs niveaux de preuve puis les résultats de leur analyse sont exposés.

Ces résultats sont, dans un second temps, discutés à travers deux thèmes principaux et parallèlement mis en lien à travers la théorie de Madeleine Leininger afin de répondre à la question de recherche.

Pour finir, la conclusion de ce travail met en évidence les limites et les forces de cette revue de littérature puis donne également des recommandations pour les trois axes de la profession infirmière, à savoir : la clinique, la recherche et l'enseignement.

1. PROBLÉMATIQUE

Selon l'Organisation internationale pour les migrations [OIM] (2021), la population migrante est définie comme toute personne quittant son lieu de résidence habituel pour s'installer temporairement ou de manière permanente dans une autre région ou un autre pays que le sien.

Dans un pays multiculturel où plusieurs cultures se mélangent dans une même société, les personnes en situation de migration peuvent rencontrer plusieurs barrières sociales ainsi que des différences culturelles. Une des principales problématiques rencontrées par ces personnes est notamment la différence de langue. L'intégration de celles-ci dans la société devient plus compliquée.

Selon le Secrétariat d'État aux migrations [SEM] (2020), les principes de la politique suisse en matière d'intégration évoquent le fait que celle-ci doit être un processus réciproque, elle doit impliquer tout autant les personnes résidentes dans le pays que la population étrangère. Selon La plateforme de publication du droit fédéral (2005), la Loi fédérale sur les étrangers et l'intégration évoque que par le respect des valeurs du pays, par l'envie de participer à la vie active du pays et par l'apprentissage de la langue nationale, la population en situation de migration exprime la volonté de participer à la vie économique, sociale et culturelle. En effet, la communication est un élément essentiel dans l'intégration de ces personnes, car une fois acquise, elle favorise leur indépendance et leur liberté d'expression (SEM, 2020). Tant que celle-ci n'est pas maîtrisée, cette population restera fragilisée et se verra démunie lors de situations imprévues notamment lorsque le besoin d'accéder à des services de soins est nécessaire. Selon la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine [CNE] (2017), « la littérature démontre que lorsque l'une de ces personnes tombe malade, les barrières linguistiques peuvent devenir un obstacle considérable à sa prise en charge » (p.4).

D'après Global Migration Data Portal (2021), au niveau international, un total de 280'6 millions de personnes ont migré au cours de l'année 2020, ce qui représente 3,6%.

Au niveau national, selon l'Office fédéral de la statistique [OFS] (2021), un total de 2'766 millions de personnes sont issues de la migration en Suisse en 2020, ce qui représente 38% de la population.

Enfin l'OFS (2021a), énonce qu'au niveau cantonal, la population résidente permanente à Genève issue de la migration en 2020 est de 246 milliers c'est un nombre considérable qui équivaut à un taux de 60.9% de la population.

Selon l'OFS (2020), en 2019, 68% de la population Suisse parle régulièrement plus d'une langue, 38% sont bilingues et 21% sont trilingues. La diversité de la langue dans un même pays amène à être confronté à la barrière linguistique. Celle-ci correspond à une difficulté de communication entre deux personnes qui possèdent deux langues distinctes. Elle représente un enjeu auquel les personnes en situation de migration sont confrontées quotidiennement lors de leur arrivée sur un nouveau territoire dont la langue parlée est différente à leur langue d'origine (Hudelson, 2019). D'après Hudelson (2019), la barrière linguistique est souvent rencontrée dans les établissements de soins. Les flux migratoires amènent les soignants à être en contact avec des patients d'une langue, d'une culture, d'un statut socio-économique et d'un parcours de vie différent au leur. Ceci peut avoir un impact sur la communication soignant-soigné et peut remettre en question la qualité des soins.

Dans ce contexte, la qualité des soins va dépendre, entre autres, de la compréhension entre le patient et les professionnels de santé. Les personnes en situation de migration sont en effet vulnérabilisées par la barrière de la langue. Selon la CNE (2017), il leur est plus compliqué de défendre leurs droits et de comprendre les risques d'un soin car les informations ne sont pas toutes claires et explicites pour elles. Leur autonomie et autodétermination peuvent être affectées et limitées par ce manque de données. Il leur sera également difficile de comprendre le système de santé qui est la plupart du temps nouveau pour elles. Ces systèmes de soins quant à eux, peuvent être affectés par des erreurs de diagnostics dû à la sous-estimation ou à la surestimation des symptômes présentés par ces personnes en consultation ou lors d'hospitalisations.

Selon Hudelson (2019), l'impact qu'aura la barrière de la langue sur la santé sera plus important chez les personnes en situation de migration que pour les personnes qui maîtrisent la langue du pays. Les personnes en situation de migration sont en effet, plus sujettes à être hospitalisées et risquent des séjours hospitaliers plus longs. De plus, elles reçoivent moins d'antalgiques en cas de douleurs et subissent plus d'examens diagnostiques inutiles. Ces personnes comprennent moins bien les soins dont elles sont sujettes et par conséquent suivront moins bien les traitements et les recommandations de suivi qui leur sont proposés. La satisfaction des soins est diminuée pour ces dernières et pour finir elles auront un plus grand risque d'être victimes d'erreurs médicales.

En s'appuyant sur l'article 25, la Déclaration Universelle Des Droits de l'homme (1948), explique que « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le

logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ». En effet, selon l'Organisation mondiale de la Santé [OMS] (2017), les personnes en situation de migration doivent avoir un accès équitable à la santé et à la prévention des maladies sans fondement de discrimination en raison de leur sexe, leur âge, leur religion, leur nationalité ou leur race. Il est dès lors important d'inclure ces personnes au sein de la société afin de réduire les inégalités auxquelles elles pourraient faire face dû à la barrière de la langue.

La CNE (2017), affirme que : [le fait de] ne pas tenir compte des obstacles liés à la langue peut être en ce sens considéré comme une faute professionnelle, un manque au devoir de diligence et revient également à mettre en péril le principe d'équité dans les systèmes de soins, car cela équivaut à une discrimination (p.10).

La barrière linguistique a également un impact sur les soignants. En effet, d'après Marin et al. (2012), les soignants peuvent ressentir une certaine frustration lorsqu'ils sont confrontés à la barrière de la langue durant une prise en soin. Ils jugent leurs approches de communication souvent incomplètes dû aux réponses succinctes ou peu détaillées qu'ils reçoivent de la part des patients quand ils interagissent avec eux. Cela leur procure également un sentiment d'incertitude face à la compréhension et à l'adhésion au traitement de la personne allophone. Ils seront notamment confrontés aux mêmes enjeux de communication avec l'entourage de celle-ci lorsque la barrière de la langue est aussi présente et ne pourront donc pas s'appuyer sur leur aide. De plus, selon une étude quantitative réalisée auprès de 61 infirmiers et 36 médecins, 95 % des infirmiers participants ont déclaré que la barrière linguistique était un obstacle à la qualité des soins, par ailleurs, 88 % des médecins qui ont participé à l'étude ont répondu de la même manière ($p = 0,0004$). Plus d'infirmiers que de médecins déclarent éprouver du stress (97 % contre 78 %) et le degré de stress semble être plus élevé pour les infirmiers ($p < 0,001$). Cette étude montre que les professionnels de la santé perçoivent les barrières linguistiques comme un obstacle à procurer des soins de qualité et une source de stress sur leur lieu de travail (Bernard et al., 2006).

Selon Hudelson (2019), la barrière de la langue va limiter les échanges entre le soigné et le soignant, celui-ci va souvent adopter un langage simplifié ce qui engendrera un dialogue pauvre. De plus, au travers de rencontres entre l'infirmier, le patient et un interprète, une étude qualitative réalisée auprès de trois infirmiers, trois interprètes et cinq patients a relevé des problèmes de communication qui ont pu être atténués par l'intervention de l'interprète et ainsi parvenir à une communication mutuelle entre le patient et l'infirmier (Estrada et al., 2015). Un interprète a effectivement pour but de

faciliter la communication et les échanges entre un professionnel et une personne allophone (Croix-Rouge genevoise, 2017). Selon la CNE (2017), le recours au service d'interprètes professionnels est associé à une amélioration globale de la prise en soin des patients ayant une faible maîtrise de la langue. L'implication d'un interprète ainsi que l'implication du soignant est importante et cela peut apporter un soutien considérable à la prise en soins. La plupart du temps, celui-ci permettra de réduire les malentendus et d'éviter des erreurs de diagnostics. De plus, la collaboration avec un interprète pourra amener l'amélioration du lien thérapeutique de confiance entre le soignant et le soigné. Ce partenariat est possible grâce à l'apport d'une compréhension plus riche du parcours de vie et des besoins de la personne.

Selon l'Association Suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle (2021), l'interprétariat est sollicité au sein de plusieurs structures. Celle des soins, constitue la majeure partie des interventions effectuées, représentant 160'274 interventions, soit 52% du nombre total des interventions qui ont été réalisées en 2020. Dans ce domaine, le besoin d'avoir une bonne communication avec les personnes allophones et une bonne compréhension de la situation est primordial à une prise en soins de qualité.

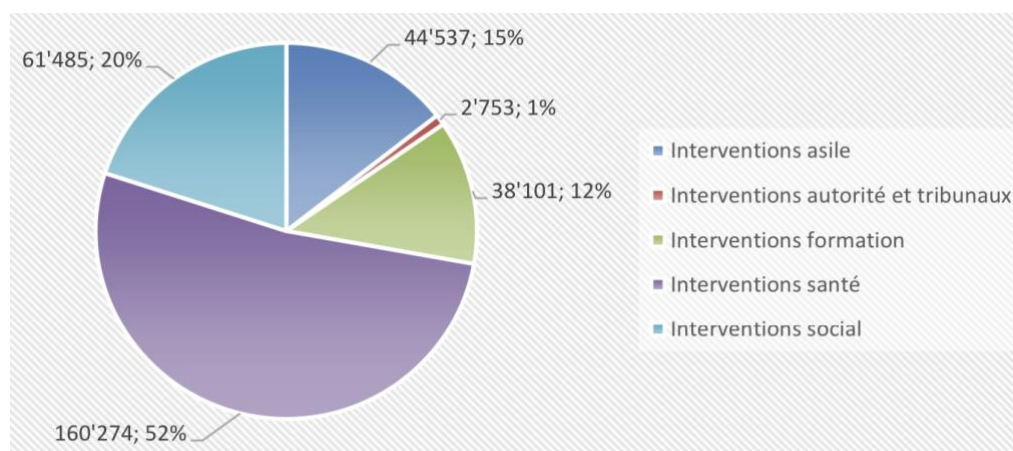


Figure 1 : Domaines d'interventions des interprètes (Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle, 2021)

Cependant, d'après l'étude d'Estrada et al. (2015), les échanges entre le soignant, le patient et l'interprète ne sont pas toujours efficaces. En effet, les infirmiers ont rapporté qu'il leur est parfois difficile de faire comprendre les termes médicaux aux interprètes. Ils évoquent également que lors de situations d'urgence, ils se retrouvent démunis ne sachant pas comment transmettre les informations nécessaires. Cela leur provoque du stress et de la frustration car ils ne peuvent pas apporter des soins de qualité. Lors de ces situations, il leur est difficile de considérer la personne dans son entièreté. Quant à

eux, les soignés se sentent parfois insécures et vulnérables ne sachant pas comment se faire comprendre.

1.1. Ancrage théorique

Durant son parcours professionnel, Madeleine Leininger a pris en soin diverses personnes de cultures différentes. Son besoin de connaissances sur la façon de venir en aide à ces personnes l'a menée à introduire la théorie de la diversité et de l'universalité des soins culturels au début des années 1960 (Wehbe-Alamah, 2015). L'objectif principal est d'offrir à ces personnes des soins spécifiques à la culture de manière congruente qui tiennent compte de leurs valeurs et leurs croyances afin de maintenir ou de favoriser leur bien-être (McFarland & Wehbe-Alamah, 2014).

Leininger appuie sa théorie sur un schéma nommé « Sunrise Enabler » (voir annexe 7.1) constitué de sept facteurs. Ces facteurs sont les suivants : la technologie, la religion, la philosophie, le lien social et familial, l'éducation, la politique et la législation et pour finir le genre et la classe sociale. Ceux-ci vont exercer une influence directe sur les trois concepts principaux de la théorie. Les trois concepts quant à eux sont la préservation et/ou l'entretien des soins culturels, l'accommodation et/ou la négociation des soins culturels ainsi que la restructuration et/ou le remodelage des soins culturels. Ces trois concepts permettent d'atteindre et de maintenir des soins adaptés à la culture (Wehbe-Alamah, 2015).

La préservation et/ou l'entretien des soins culturels se base sur des interventions et des décisions professionnelles d'assistance, de soutien et de facilitation qui aideront l'être humain à préserver et à maintenir ses croyances ainsi que ses valeurs durant son parcours de soins.

L'accommodation et/ou la négociation des soins culturels aidera les professionnels des soins infirmiers à utiliser leur créativité afin d'avoir un meilleur sens d'adaptabilité face aux situations diverses. Ce concept permettra d'optimiser des soins culturellement cohérents, sûrs et efficaces afin d'atteindre la satisfaction et le bien-être du soigné.

Pour finir, le concept de la restructuration et/ou du remodelage des soins culturels mènera à ce que les actions et les décisions que prendront les professionnels puissent aider au changement et à l'adaptation du mode de vie des soignés. Grâce au lien de confiance qui s'établira entre le soignant et le soigné, les patients pourront bénéficier de meilleures pratiques et ainsi obtenir de meilleurs résultats dans leur prise en soins.

Ces trois concepts permettent aux infirmiers d'adopter des soins transculturels en prenant en compte la perception du soigné, tout en conscientisant ses propres préjugés

pour pouvoir établir un partenariat de confiance et apporter des soins adaptés à chaque patient (McFarland, 2017).

La théorie de Leininger se situe dans le paradigme de la transformation « être avec ». Celui-ci prône une approche holistique qui prend en compte l'être humain dans sa globalité. Dans ce paradigme, le partenariat soignant-soigné se base sur un respect mutuel et sur une pratique transculturelle (Pepin et al., 2017).

Selon la CNE (2017), les personnes en situation de migration étant impactées au quotidien par la barrière linguistique ont besoin d'un accompagnement qui vise l'inclusion de la personne, sans que cette différence soit délétère dans les soins. Les professionnels de santé qui sont confrontés à la barrière de la langue ont la responsabilité de donner les informations nécessaires durant toute prise en soins, ceux-ci sont soutenus à promouvoir l'intégrité, l'autodétermination et la participation de la personne soignée. Dans cette perspective, il est fondamental que celle-ci soit également engagée dans sa prise en soins.

Selon Pepin et al. (2017), la théorie de Leininger fait partie de l'école du Caring. Cette école est centrée sur le concept de caring qui signifie « prendre soin » auquel viennent s'ajouter la culture et la spiritualité. Madeleine Leininger présente ces concepts comme étant essentiels et centraux dans sa conception de la discipline infirmière. Se situant elle aussi dans le paradigme de la transformation, cette école amène à comprendre le soin comme étant une façon de faciliter et de soutenir la personne ainsi que sa famille, en respectant ses valeurs, ses croyances, son mode de vie et sa culture.

Madeleine Leininger défend que le personnel infirmier prodigue des soins transculturels qui respectent et préservent le mode de vie de chaque personne, indépendamment de sa culture et de sa spiritualité. Elle voudrait que les soins infirmiers se basent sur des connaissances transculturelles et qu'ils puissent s'adapter aux différences de la personne, leur contexte environnemental et leur façon de communiquer (Pepin et al., 2017).

Plusieurs facteurs liés à la barrière linguistique discutés tout au long de la problématique amènent les soignants à vivre avec difficulté la prise en soins de patients allophones et à potentiellement prodiguer des soins de moins bonne qualité. Ceci met en lumière la question de recherche suivante : Quel est le vécu des infirmiers durant la prise en soins de personnes allophones et quelles recommandations peuvent pallier les barrières linguistiques en milieu hospitalier ?

2. MÉTHODE

2.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Afin que la recherche soit pertinente et ciblée, la méthode PICO a été utilisée. Elle a permis d'identifier les éléments clés de la problématique. Le P désigne la population cible, celle-ci est représentée par les infirmiers. Le I indique les interventions que ceux-ci pourraient mettre en place auprès d'une personne allophone. Pour finir, le Co désigne le contexte de la situation, celui-ci met en évidence le ressenti des infirmiers face à la barrière de la langue durant une prise en soin en milieu hospitalier.

Tableau 1 : PICO

P (Population cible)	I (Intervention)	Co (Contexte)
• Les infirmiers.	<ul style="list-style-type: none">• Prise en soins des personnes allophones.• Interventions infirmières.	• Ressenti des infirmiers face à la barrière de la langue dans le milieu hospitalier.

Pour répondre à la question de recherche, les bases de données retenues sont PubMed et CINAHL. PubMed est centrée sur les sciences biomédicales et CINAHL est spécialisée dans les sciences infirmières.

La recherche documentaire a été réalisée durant le mois de novembre en 2022. Pour ceci des mots-clés pertinents ont été identifiés par rapport au phénomène d'intérêt mis en évidence dans la problématique. Pour pouvoir faire émerger des articles pertinents, ceux-ci ont été transformés en Medical Subject Headings terms (MeSH terms). Ces termes MeSH regroupent un recueil de plusieurs mots-clés désignant un seul concept. Ils sont quant à eux regroupés dans un thésaurus qui est propre à chaque base de données.

L'outil Health Terminology/Ontology Portal (HeTOP) donne accès à des terminologies et ontologies de santé dans différentes langues. Cet outil a permis de traduire les mots-clés et d'identifier les MeSH terms.

Tableau 2 : Mots clés et MeSH terms

Mots-clés	Libellés selon HeTOP	MeSH terms PubMed	Termes proposés par CINAHL (CINAHL Headings)
Soins infirmiers	Soins infirmiers	Nursing care	Nursing Care
Relation patient-infirmier	Relation patient-infirmier	Nurse-patient relations	Nurse-Patient Relations
Barrière de la langue	Barrière de la langue	Communication barriers	Communication Barriers

A partir de ces MeSH terms, des équations de recherche ont pu être effectuées. Celles-ci sont composées de plusieurs MeSH terms coordonnés entre eux par des opérateurs booléens qui permettent de cibler la recherche. Afin d'affiner la stratégie de recherche, l'utilisation des critères de sélection suivants ont été essentiels :

- La publication des articles datant des dix dernières années ;
- La sélection d'articles qualitatifs permettant de décrire l'expérience vécue ;
- La recherche d'articles traitant des difficultés que les soignants rencontrent face à la barrière de la langue dans le milieu hospitalier et de recommandations pour la pratique clinique.

Tableau 3 : Équations de recherche

Bases de données	Équations	Filtres	Résultats de la recherche
CINAHL (Consulté le 23.11.2022)	(MH "Nurse-Patient Relations") AND (MH "Communication Barriers") AND (MH "Interpreter Services")	2012-2022	N = 22 Élimination des titres : 7 Lecture des abstracts : 4 Lecture du texte : 1 également présent sur PubMed
PubMed (Consulté le 29.11.2022)	(Nursing care [MeSH Terms]) OR (Nurse-patient relations[MeSH Terms]) AND (communication barriers[MeSH Terms])	2012-2022	N = 179 Élimination des titres : 35 Lecture des abstracts : 19 Lecture du texte : 9

2.2. Diagramme de flux

Le diagramme de flux illustre la démarche de sélection d'articles. Dans un premier temps, les équations de recherche ont été retranscrites dans les bases de données PubMed et CINAHL. Une fois les résultats des équations de recherches obtenues, une sélection des articles par la lecture des titres a été effectuée. Ensuite, une élimination des articles par la lecture de leur abstract et par la présence d'articles identiques a été réalisée. Enfin, la dernière étape de sélection des articles a été la lecture du texte dans son entièreté. Pour finir, neuf articles ont été identifiés pour procéder par la suite à l'analyse critique et pouvoir répondre à la question de recherche.

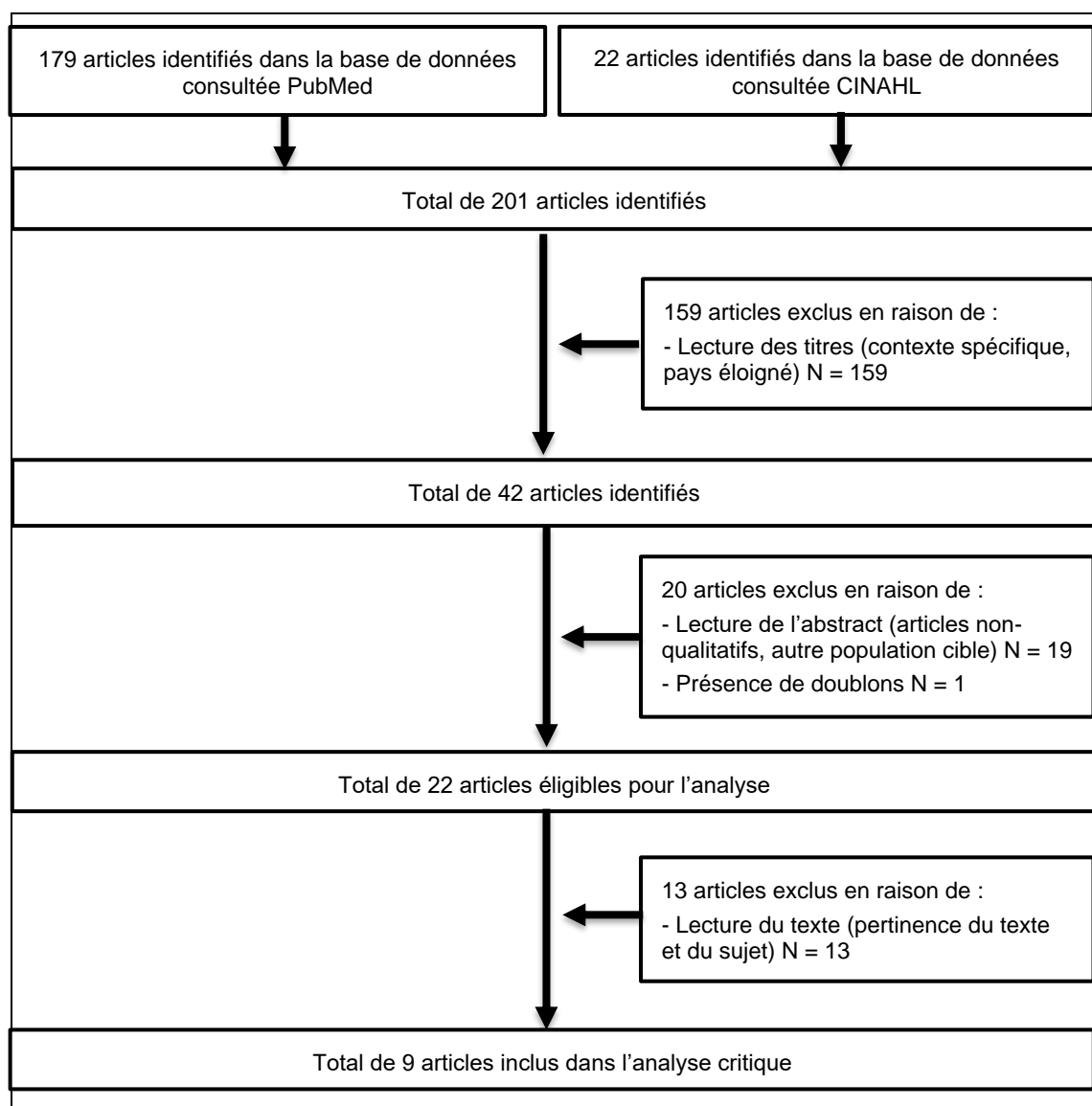


Figure 1 : Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

2.3. Grille de lecture

Afin d'explorer avec attention les différents articles sélectionnés, la grille COsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) a permis d'analyser les huit études à devis qualitatif puis la grille Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) a permis d'analyser l'étude mixte. Les grilles correspondantes se retrouvent à l'annexe 7.4 et 7.5.

Les études qualitatives permettent de comprendre un phénomène dans leur profondeur en recueillant les données les plus pertinentes. Elles vont s'effectuer auprès de participants dont le recrutement se fait sur la base de l'échantillonnage intentionnel afin qu'elles répondent aux mieux au problème étudié. Par les questions qui sont soulevées, la recherche qualitative vise à comprendre le sens de l'expérience vécue, décrite par les personnes qui sont interrogées. La méthode de recueil de ces données se compose d'observations, d'entrevues et d'entretiens de groupe focalisés (Fortin & Gagnon, 2016). Les études mixtes regroupent en une seule étude un devis qualitatif et un devis quantitatif. Selon Fortin & Gagnon (2016), celles-ci permettent de répondre de façon optimale aux questions de recherche qui rassemblent ces deux devis. Elles présentent simultanément les différents points de vue des participants et elles étudient également les relations entre les différents sujets.

3. RÉSULTATS

3.1. Études retenues et niveau de preuve

Neuf articles ont été analysés à l'aide des grilles d'analyse présentées précédemment puis résumés à l'aide des tableaux de synthèse qui se trouvent à l'annexe 7.3. Huit de ces articles sont qualitatifs et un est à devis mixte.

1. Ali, P. A., & Watson, R. (2018). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), e1152-e1160. <https://doi.org/10.1111/jocn.14204>
2. Ali, P. A., & Johnson, S. (2017). Speaking my patient's language: Bilingual nurses' perspective about provision of language concordant care to patients with limited English proficiency. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 421-432. <https://doi.org/10.1111/jan.13143>
3. Alm-Pfrunder, A. B., Falk, A.-C., Vicente, V., & Lindström, V. (2018). Prehospital emergency care nurses' strategies while caring for patients with limited Swedish-English proficiency. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3699-3705. <https://doi.org/10.1111/jocn.14484>
4. Salavati, D., Lindholm, F., & Drevenhorn, E. (2019). Interpreters in healthcare: Nursing perspectives. *Nursing*, 49(12), 60-63. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000604752.70125.66>
5. Hadziabdic, E., Lundin, C., & Hjelm, K. (2015). Boundaries and conditions of interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare. *BMC Health Services Research*, 15, 458. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1124-5>
6. Watts, K. J., Meiser, B., Zilliacus, E., Kaur, R., Taouk, M., Girgis, A., Butow, P., Kissane, D. W., Hale, S., Perry, A., Aranda, S. K., & Goldstein, D. (2018). Perspectives of oncology nurses and oncologists regarding barriers to working with patients from a minority background: Systemic issues and working with interpreters. *European Journal of Cancer Care*, 27(2), e12758. <https://doi.org/10.1111/ecc.12758>

7. Eklöf, N., Hupli, M., & Leino-Kilpi, H. (2015). Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 32(2), 143-150. <https://doi.org/10.1111/phn.12120>
8. Origlia Ikhilor, P., Hasenberg, G., Kurth, E., Asefaw, F., Pehlke-Milde, J., & Cignacco, E. (2019). Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. *Journal of Advanced Nursing*, 75(10), 2200-2210. <https://doi.org/10.1111/jan.14093>

Ces huit études qualitatives vont mettre en évidence le vécu, les perceptions et les expériences personnelles de chaque participant, les résultats qui seront présentés sont subjectifs et propres à chacun. Selon Polit & Beck (2018), dans la pyramide des différents niveaux de preuves, qui se retrouve à l'annexe 7.2, ces articles se situent au niveau 2 : « Level II for Descriptive quantitative questions » (p.23).

9. Silvera-Tawil, D., Pocock, C., Bradford, D., Donnell, A., Harrap, K., Freyne, J., & Brinkmann, S. (2018). CALD Assist-Nursing: Improving communication in the absence of interpreters. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22), 4168-4178. <https://doi.org/10.1111/jocn.14604>

Cette étude mixte explore les résultats de deux devis : le devis qualitatif et le devis quantitatif. Selon Polit & Beck (2018), dans la pyramide des différents niveaux de preuves, qui se retrouve à l'annexe 7.2, le devis qualitatif se situe au niveau 2 : « Level II for Descriptive quantitative questions » (p.23), celui-ci présente le vécu des participants et le devis quantitatif se situe au niveau 2 : « Level II for Prognosis questions » (p.23), dans cette étude, celui-ci décrit les différences observées entre les divers groupes de sujets.

3.2. Analyse critique des articles retenus

1. Ali, P. A., & Watson, R. (2018). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), e1152-e1160. <https://doi.org/10.1111/jocn.14204>

Cet article est une étude qualitative descriptive qui a été menée en Angleterre auprès de 59 infirmiers (32 femmes et 27 hommes) travaillant dans divers hôpitaux de soins de

courte durée au sein de divers services tel que celui de la chirurgie, des soins intensifs, de la cardiologie et de l'ambulatoire. Leur expérience professionnelle se situe entre 2 à 23 ans. Les participants ont été sélectionnés à l'aide d'un échantillonnage intentionnel et en boule de neige.

Le but de l'étude est d'explorer l'impact sur la prestation de soins aux patients ayant une maîtrise limitée de l'anglais.

Les données de l'étude ont été recueillies au moyen de 26 entretiens individuels semi-structurés et de trois discussions de groupes.

La communication a été identifiée par les participants comme l'aspect le plus important de la prestation de soins et comme une composante essentielle du rôle infirmier. Les barrières linguistiques quant à elles ont été identifiées comme le plus grand obstacle aux prestations de soins adéquats, appropriés et efficaces.

Les participants ont mis en évidence que les barrières linguistiques causent de nombreuses problématiques tels que des rendez-vous manqués et/ou des difficultés à organiser et prévoir des rendez-vous. Ils ont estimé que la plupart du temps les patients ne comprenaient pas la raison de leur rendez-vous. Les participants ont également expliqué que les patients, rencontrent des difficultés de compréhension quand les soignants leur transmettent des informations sur le déroulé de leur hospitalisation.

Pour pallier ces difficultés, les participants ont mis en évidence que les services d'interprétariat sont utiles pour faire face aux barrières linguistiques et permettent de prodiguer des soins veillant à la sécurité des patients. Cependant, certains participants ont également reconnu les limites associées à l'utilisation de ces services, notamment des difficultés d'organisation, de disponibilité et d'accessibilité. Les participants ont mentionné que l'incapacité à organiser un rendez-vous avec des interprètes pourrait engendrer un retard dans la prestation des soins, ce qui entraînerait une augmentation de la durée du séjour du patient. Les participants ont également été confrontés à l'incompréhension de la part des interprètes quand ils utilisaient des terminologies médicales et cela entraînait une mauvaise interprétation et une mauvaise communication de l'information au patient.

Interrogés sur d'autres moyens de communication, les participants ont mentionné qu'ils interpellaient d'autres membres du personnel soignant ayant la capacité de parler la même langue du patient quand cela était possible.

Selon les participants, une compréhension de la barrière linguistique et de son impact peut aider les infirmiers à trouver un moyen de surmonter les défis que cela représente. Avec l'avancement des technologies, il est selon les participants nécessaire d'explorer comment celles-ci peuvent être utilisées afin de réduire les barrières linguistiques affectant la qualité des soins aux patients.

2. Ali, P. A., & Johnson, S. (2017). Speaking my patient's language: Bilingual nurses' perspective about provision of language concordant care to patients with limited English proficiency. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 421-432. <https://doi.org/10.1111/jan.13143>

Cet article est une étude qualitative, descriptive et exploratoire, celle-ci reprend la même méthodologie que l'étude antérieure. À travers la même population et le même contexte les auteurs ont voulu explorer, grâce à cette nouvelle analyses, l'objectif suivant : Cette étude a pour but d'explorer le point de vue des infirmiers bilingues sur les prestations de soins qui sont prodigués aux patients allophones.

Les participants ont déclaré qu'en l'absence de protocoles claires, leur capacité à parler une autre langue entraîne une pression supplémentaire car l'équipe soignante a tendance à abuser de leurs compétences linguistiques en comptant sur eux pour servir d'interprète. Les infirmiers participants ont expliqué qu'ils se retrouvaient souvent dans une position stressante et vulnérable car cela les rendait responsables de la bonne traduction. De plus, cela ne faisait pas partie de leur rôle et augmentait leur charge de travail.

Certains participants ont également déclaré que la communication avec les patients dans leur langue pourrait entraîner des attentes irréalisables de leur part, tel que des demandes qui ne concernent pas les soins. De plus, les participants ont expliqué que certains patients ressentaient de la méfiance et se sentaient mal à l'aise de les voir parler avec d'autres patients dans une autre langue.

Toutefois, la majorité des participants ont déclaré que leurs collègues, sont ouverts, solidaires et apprécient leur capacité à communiquer dans plus d'une langue. Ceux qui se sentaient soutenus et respectés par leurs collègues étaient beaucoup plus à l'aise et disposés à apporter leur aide en traduisant pour eux.

De plus, les participants ont souligné qu'ils étaient encouragés à utiliser leurs compétences linguistiques par les patients et leur famille car cela permettait de meilleurs

échanges. Ils ont également expliqué qu'ils se sont sentis à l'aise et confiants dû à leurs compétences linguistiques lorsqu'ils devaient prodiguer des soins à ces patients. Cela a amélioré l'expérience des patients durant leur séjour hospitalier, ceux-ci étaient satisfaits des soins apportés, ils se sont sentis écoutés et compris par les soignants. Cela a également facilité le lien de confiance entre l'infirmier et celui-ci. Cette confiance a permis au patient de communiquer efficacement ses besoins et cela a aidé l'infirmier à faire une évaluation appropriée de ses demandes.

Selon l'étude, le fait de permettre aux infirmiers de travailler dans un département où ils pourraient s'exprimer et réfléchir autour des questions liées à la culture pourrait être utile pour aider les infirmiers bilingues à développer leur confiance dans l'utilisation de leurs compétences linguistiques. Ils se sentiraient ainsi plus compris par l'équipe soignante face à leurs difficultés. Dû à l'expérience des infirmiers bilingues avec la barrière de la langue, l'étude recommande que les compétences linguistiques de ces infirmiers soient valorisées pour qu'ils se sentent soutenus.

3. Alm-Pfrunder, A. B., Falk, A.-C., Vicente, V., & Lindström, V. (2018). Prehospital emergency care nurses' strategies while caring for patients with limited Swedish-English proficiency. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3699-3705. <https://doi.org/10.1111/jocn.14484>

Cet article est une étude qualitative réalisée en Suède auprès de 11 infirmiers (6 hommes et 5 femmes) travaillant dans des services ambulatoires, avec au moins un an d'expérience clinique en soins de premier recours. Les participants de cette étude ont été choisis à l'aide d'un échantillonnage ciblé et par la méthode de boule de neige. L'objectif de cette étude est d'explorer les stratégies des infirmiers travaillant dans un service ambulatoire auprès de patients ayant une maîtrise limitée du suédois et de l'anglais. Cette étude se base sur des entretiens semi-directifs.

Les infirmiers ont ressenti un sentiment d'incertitude lorsqu'ils utilisaient un parent comme interprète. Ils voulaient éviter de solliciter les enfants comme interprètes, principalement en raison de leur vulnérabilité et leur jeune âge. Néanmoins, lorsqu'il n'y avait pas d'autres solutions les enfants étaient tout de même sollicités.

Les infirmiers ont également évoqué l'intérêt de pouvoir utiliser quelques mots dans les langues les plus courantes. En connaissant certains mots, ils visaient à transmettre un sentiment de sécurité en montrant qu'ils essayaient de communiquer à la fois avec le patient et avec toute la famille.

De plus, les infirmiers ont souligné l'importance ainsi que le sens de l'utilisation du langage corporel et de l'environnement pour permettre une compréhension mutuelle avec le patient. Cela est possible en utilisant les gestuelles que tous les patients comprennent tels que le fait de mettre le pouce vers le haut ou vers le bas, le fait d'hocher la tête ou de la secouer. Les infirmiers ont également illustré différents symptômes avec leur corps et le patient a eu la possibilité d'y répondre par les mêmes stratégies. Les patients pouvaient également montrer quand est-ce leurs symptômes avaient commencé en utilisant une horloge par exemple.

Les infirmiers ont également décrit l'utilisation des cinq sens comme une stratégie supplémentaire à l'évaluation clinique du patient. En touchant la peau des patients, les infirmiers obtenaient des informations sur l'état de la peau et en écoutant leur respiration ils pouvaient avoir des informations sur le système respiratoire. L'utilisation de l'odorat les aidait à identifier d'éventuelles infections. En utilisant la vue, ils pouvaient observer la couleur de la peau des patients et les expressions du visage, celles-ci transmettaient des informations sur le mal être du patient. Pour finir, les participants ont décrit que le fait d'ajuster le ton de leur voix, permettait de créer un sentiment de confiance, d'apaisement et de sécurité à l'égard des patients. Ils ont également décrit que s'asseoir au même niveau que le patient, les aidait à créer un lien de confiance dans leur relation.

4. Salavati, D., Lindholm, F., & Drevenhorn, E. (2019). Interpreters in healthcare: Nursing perspectives. *Nursing*, 49(12), 60-63.
<https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000604752.70125.66>

Cet article est une étude qualitative descriptive qui a été menée en Finlande auprès de huit infirmières qui ont exercé dans le cadre des soins pendant au moins deux ans en collaboration avec des interprètes. Les participantes étaient toutes des femmes, âgées de 41 à 61 ans, et avaient travaillé comme infirmières entre 18 et 28 ans.

L'objectif de cette étude est d'explorer les expériences des infirmières quand elles bénéficient de l'intervention d'un interprète. Les données de l'étude ont été recueillies par le biais d'entretiens semi-structurés.

Les infirmières participant à l'étude, ont noté que le fait de renoncer à travailler avec des interprètes augmentait le risque de perte d'informations importantes. Dans l'ensemble, leurs expériences avec les interprètes étaient satisfaisantes, mais selon elles les niveaux de compétence des interprètes semblaient varier considérablement.

Deux thèmes récurrents ont été évoqués lors des entretiens : l'insécurité et la frustration. L'insécurité était présente quand les infirmières ne savaient pas si les patients comprenaient pleinement les informations qui leurs étaient transmises. Des frustrations quant à elles ont émergé lorsque les infirmières collaboraient avec des interprètes moins compétents ou non professionnels, celles-ci ont estimé que leur capacité à offrir des soins centrés sur la personne était affectée et que la dépendance qu'elles avaient à l'égard des interprètes était une source supplémentaire de frustration. Les infirmières participantes se sont senties limitées dans leurs prestations de soins en raison du manque d'échanges, de profondeur et de sensibilité dans la conversation lorsqu'elles faisaient appel à un interprète. Il a également été abordé que les conversations par l'intermédiaire d'un interprète nécessitent de plus de temps.

Quelques stratégies pour faire face à cette problématique ont été perçues comme bénéfiques. Il a été recommandé de limiter le nombre de personnes dans la salle pour favoriser un environnement calme et accueillant afin d'améliorer la communication.

Lors d'un échange avec l'intermédiaire d'un interprète, le fait de parler à un rythme lent en faisant des pauses et en parlant à tour de rôle permet une meilleure entente entre le soignant et le patient. Le maintien d'un contact visuel tout au long de la conversation a également permis aux infirmières d'accorder toute leur attention au patient malgré la présence d'un interprète.

Les infirmières ont tout de même mentionné que la communication par l'intermédiaire d'un interprète est inévitable pour les professionnels de la santé. Toutefois dans certaines circonstances exceptionnelles telles que des rencontres courtes et spontanées, faire appel aux proches comme interprètes a été jugée nécessaire.

Les infirmières participantes ont recommandé d'introduire l'éducation sur les services d'interprétariat dans les programmes d'études ou sur le lieu de travail pour permettre une meilleure connaissance et une meilleure interaction avec ces services.

5. Hadziabdic, E., Lundin, C., & Hjelm, K. (2015). Boundaries and conditions of interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare. *BMC Health Services Research*, 15, 458. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1124-5>

Cette étude qualitative, descriptive et exploratoire a été menée en Suède. Celle-ci comprenait 33 personnes (31 femmes et 2 hommes) qui avaient une expérience de travail multilingue dans les soins avec les personnes âgées.

Un échantillon intentionnel a été choisi pour assurer une variation maximale de l'âge, du sexe et des différentes professions de soins des participants. La méthode de la boule de neige a également été utilisée pour atteindre un échantillon significatif.

Cette étude vise à examiner les questions relatives à la communication en mettant particulièrement l'accent sur les pratiques d'interprétariat entre les professionnels de la santé et les patients de différents milieux ethniques et linguistiques. Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-structurés, 18 entretiens individuels et quatre groupes de discussion ont été réalisés.

Le personnel de santé a trouvé que les soins aux personnes âgées étaient très chronophages, avec une charge de travail accrue, parce qu'ils ont dû utiliser le langage corporel pour communiquer et ils ont dû organiser différentes rencontres avec des interprètes afin de s'assurer que les personnes âgées avaient bien compris. De plus, le personnel de santé s'est senti émotionnellement affecté et frustré par le stress développé lorsqu'il était incapable de communiquer avec les patients.

La plupart des participants ont trouvé l'appel d'un service d'interprétariat professionnel compliqué en raison du manque de protocoles sur la façon de travailler avec un interprète dans les soins quotidiens aux personnes âgées.

Les participants ont également décrit l'inflexibilité du service d'interprétariat, ils décrivent que celui-ci nécessite une planification en amont et cela demande plus de temps de la part des soignants. De plus, l'accès à des interprètes professionnels n'est pas adapté à une disponibilité à court préavis.

Des interprètes professionnels ont alors été le plus souvent engagés lors d'entretiens formels pour décider de la planification des soins car cela pouvait se planifier à l'avance. En revanche, les membres de la famille et le personnel de santé bilingue ont davantage été utilisés pendant les situations de soins quotidiens et urgents. Les avantages perçus par les participants à faire appel au personnel soignant en tant qu'interprète est la familiarité de celui-ci avec les tâches, les rôles et les routines qui existent sur le lieu de travail, c'est ce qui a conduit les participants à des sentiments de sécurité et de confiance. Par contre, quelques participants bilingues ont remarqué que dans certains cas, lorsqu'ils agissaient en tant qu'interprètes, les personnes âgées s'attendaient à ce que le personnel de santé exerce d'autres tâches non incluses dans leur rôle de travail. En ce qui concerne les membres de la famille en tant qu'interprètes, la plupart des participants estimaient que c'était une bonne alternative, car ils s'adaptaient aux routines existantes et aux méthodes de travail des soignants. En revanche, dans certains cas, faire appel aux membres de la famille comme interprètes avait été associé à une

interprétation de moins bonne qualité en raison de l'influence émotionnelle négative, en particulier lors de l'information de mauvaises nouvelles.

Selon les participants, certaines personnes âgées peuvent se sentir mal à l'aise face à un interprète qu'elles considèrent comme un étranger. Parfois il se pourrait également que certains se concentrent davantage sur le contact avec l'interprète qu'avec le personnel de santé et que celui-ci se sente exclu.

La communication par l'intermédiaire d'un interprète a été considérée comme plus difficile parce qu'elle amenait un sentiment d'insécurité quant à la question de garantir que l'information sera correctement interprétée. En revanche, les participants ont également mentionné que le rôle de l'interprète professionnel le plus couramment apprécié était le fait que celui-ci transmette mot à mot, cela assurait la compréhension et la confidentialité mais aussi la traduction des informations transmises. Ils ont souligné qu'il était important que l'interprète leur demande de clarifier la terminologie médicale, de paraphraser ou d'utiliser un langage simplifié s'il ne comprenait pas.

L'une des améliorations les plus fréquemment suggérées par les participants a été de créer des protocoles concernant le travail avec des interprètes. Les participants ont également signalé un besoin d'une formation continue sur la façon de communiquer par l'intermédiaire d'interprètes professionnels.

6. Watts, K. J., Meiser, B., Zilliacus, E., Kaur, R., Taouk, M., Girgis, A., Butow, P., Kissane, D. W., Hale, S., Perry, A., Aranda, S. K., & Goldstein, D. (2018). Perspectives of oncology nurses and oncologists regarding barriers to working with patients from a minority background: Systemic issues and working with interpreters. *European Journal of Cancer Care*, 27(2), e12758. <https://doi.org/10.1111/ecc.12758>

Cet article est une étude qualitative qui a été menée en Australie auprès de 38 professionnels de la santé en oncologie dont 12 médecins, cinq radio-oncologues et 21 infirmiers qui travaillaient cliniquement avec des patients atteints de cancer. 25 des participants étaient des femmes et 12 des hommes.

Cette étude vise à déterminer les obstacles rencontrés par les professionnels de la santé travaillant avec des patients allophones afin de guider le développement d'un programme de formation qui répondra aux compétences culturelles en communication.

Les données ont été recueillies à travers d'entrevues semi-structurées et de groupes de discussions. 20 participants ont été interrogés individuellement, soit par téléphone (n = 19), soit en face à face (n = 1) et 18 ont participé à l'un des cinq groupes de discussion.

Certains participants ont fait remarquer que les soins aux personnes allophones demandaient plus de temps en raison de la nécessité de se comprendre mutuellement et d'explorer leurs besoins. Les consultations ont également demandé plus de temps lorsqu'un interprète était présent parce qu'il fallait expliquer les informations qui devaient être transmises aux patients.

La majorité des participants ont estimé que la barrière linguistique imposait des limites à la quantité et à la qualité des informations qu'ils étaient en mesure de transmettre aux patients allophones. Plusieurs participants ont donc explicitement mentionné la nécessité de documents manuscrits, tandis que d'autres ont suggéré des ressources en ligne avec des informations traduites dans la langue du patient concernant leurs diagnostics.

Selon les participants (N=30), les défis de la barrière linguistique se sont axés sur le manque d'accessibilité aux services d'interprétariat. Dix soignants ont exprimé leur inquiétude quant à l'exactitude de l'interprétation, à savoir si toutes les informations étaient transmises. Certains participants ont également estimé que la présence d'un interprète modifiait l'interaction avec le patient et les oncologues ont déclaré avoir eu besoin de simplifier l'information lorsqu'un interprète était impliqué.

La plupart des participants ont déclaré avoir fait appel à un service d'interprétariat téléphonique, mais la majorité a estimé qu'il était insuffisant pour des discussions plus détaillées ou sensibles en raison de l'incapacité d'échanger des signes non verbaux.

Pourtant, la plupart des participants ont exprimé leur satisfaction pour les services d'interprétariat car ils trouvaient que cela avait un impact positif sur la consultation.

Tous les professionnels de la santé ont déclaré avoir dû faire appel à un membre de la famille lorsqu'un interprète professionnel n'était pas disponible. Cependant, un certain nombre de participants se sont dit préoccupés par l'exactitude des informations qui étaient transmises, il était difficile de savoir si celles-ci étaient comprises et communiquées dans leur intégralité par le membre de la famille.

La majorité des participants ont indiqué qu'ils avaient très peu ou pas de formation formelle en compétences culturelles incluant les patients allophones (N= 35).

Les types de formation les plus souhaités comprenaient la communication et la gestion de la barrière de la langue (N= 14), celles-ci incluaient des compétences telles que la capacité d'évaluer la compréhension des informations communiquées aux patients, l'adaptation des conversations et la communication réussie sur le diagnostic et les plans de traitement. Plus de la moitié des participants ont suggéré une formation à la sensibilisation culturelle et sur le fait de poser des questions appropriées sur le contexte culturel.

La formation sur la façon de travailler correctement avec les interprètes a également été discutée par la moitié des participants. Celle-ci comprendrait le fait d'apprendre à accéder aux interprètes ainsi que l'éducation aux jeux de rôle pour exercer une approche avec les services d'interprétariat.

7. Eklöf, N., Hupli, M., & Leino-Kilpi, H. (2015). Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 32(2), 143-150. <https://doi.org/10.1111/phn.12120>

Cet article est une étude qualitative descriptive de cas qui a été menée en Finlande, auprès de huit infirmiers de santé publique ayant pris en soin des personnes en situation de migration. Ces infirmiers avaient une expérience professionnelle entre 4 et 12 ans et ont tous travaillé avec des interprètes durant leur parcours professionnel, ceux-ci ont été sélectionnés par un échantillonnage ciblé.

L'objectif de cette étude est d'explorer les perceptions des infirmiers sur les facteurs à prendre en compte lors du travail avec des interprètes et avec des patients allophones. Les données de l'étude ont été collectées à l'aide d'entretiens individuels.

Les participants ont expliqué que les compétences linguistiques de l'interprète étaient difficiles à évaluer lorsqu'ils leur font appel. Par conséquent, ils ont utilisé certains critères pour assurer l'exactitude de l'interprétariat tels que la longueur des phrases, le rythme de la voix et les pauses durant les interactions entre l'interprète, le soignant et le patient. Les infirmiers ont mis en évidence la nécessité que l'interprète traduise le message mot à mot car cela a été considéré comme professionnel et fidèle au discours exact de l'infirmier. Les participants ont également souligné que la bonne disposition des chaises à une distance égale entre le patient, l'infirmier et l'interprète formant un triangle favorisait un bon échange et favorisait l'égalité entre chaque personne, cela mettait également l'accent sur le rôle neutre de l'interprète.

La disponibilité des interprètes a été jugée par les participants difficile et chronophage, en particulier durant les situations d'urgence. L'accès au service d'interprétariat par téléphone était également compliqué et augmentait la charge de travail des infirmiers. Les participants ont constaté que le travail avec l'interprète nécessitait presque deux fois plus de temps que les rendez-vous sans interprète, et selon eux le temps était limité.

Les participants ont transmis que certains patients demandaient aux interprètes de les aider à résoudre d'autres problèmes que ceux en lien avec leur hospitalisation.

De plus, les participants ressentaient que les patients créaient facilement un lien de confiance avec l'interprète en raison de la langue et du contexte culturel partagés. Cependant, l'interprète se faisait également, parfois, sentir comme un étranger. Le manque de confiance que les patients pouvaient ressentir envers les interprètes augmentait leur désir de solliciter les membres de leur entourage comme interprètes. En revanche, l'utilisation de membres de la famille comme interprètes a été considérée comme une grande question éthique pour les participants. Cela pouvait selon eux, engendrer un changement de rôle au sein de la famille, en particulier si les enfants sont sollicités comme interprètes. C'est pour cela que les participants évitaient de les solliciter même si les patients le souhaitaient.

Selon les participants, en raison des groupes ethniques et culturels relativement petits des personnes en situation de migration, la confidentialité des interprètes était parfois remise en question. Quand cela était possible, les infirmiers utilisaient le même interprète avec le même patient afin de préserver leur vie privée.

Les participants avaient remarqué que les désirs des patients concernant le genre des interprètes était souvent spécifié. Généralement ces demandes étaient liées aux cultures dans lesquelles les contacts entre les sexes sont limités.

Pour conclure, les participants ont recommandé qu'une formation sur les services d'interprétariat au cours des études en soins infirmiers augmenterait la sensibilisation aux facteurs liés au travail avec des interprètes et aiderait à accroître les connaissances et les compétences dans ce domaine.

8. Origlia Ikhilior, P., Hasenberg, G., Kurth, E., Asefaw, F., Pehlke-Milde, J., & Cignacco, E. (2019). Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural

interpreters. *Journal of Advanced Nursing*, 75(10), 2200-2210.
<https://doi.org/10.1111/jan.14093>

Cet article est une étude qualitative exploratoire, celle-ci a été menée dans la région germanophone de la Suisse. Les participants ont été sélectionnés à travers un échantillon de commodité de 36 participants : 22 professionnels de la santé, quatre interprètes interculturels et dix patientes.

Les professionnelles de santé étaient toutes des femmes. Celles-ci étaient composées de sage-femmes, d'infirmières, d'obstétriciennes, de pédiatres et de conseillères en maternité. La moitié d'entre elles avaient une qualification formelle pour les compétences transculturelles. La plupart étaient régulièrement impliquées dans les soins des mères et des familles allophones.

Les interprètes interculturels étaient composés de deux érythréens, une albanaise et une femme suisse. Ceux-ci étaient dotés d'au moins une année d'expérience dans la traduction.

L'échantillon des patients était composé de 6 mères érythréennes, une albanaise et trois mères kosovares.

L'objectif de cette étude est de décrire les obstacles à la communication auxquels sont confrontées les femmes allophones dans les soins de maternité.

Les données des patientes érythréennes ont été collectées dans un groupe de discussion dirigé par un interprète. Le reste des patientes ont été interrogées lors de trois entretiens. Les professionnelles de santé quant à elles, ont été interrogées dans deux discussions de groupe et les interprètes interculturels dans un entretien chacun.

Les professionnelles de santé et les femmes allophones ont expliqué qu'elles ont essayé de se comprendre mais dû à la barrière de langue cela les a conduits à réduire leur communication au strict minimum, celle-ci était donc insuffisante pour pouvoir informer les femmes sur leur traitement et répondre adéquatement à leurs attentes et à leurs besoins. Dans certains cas, à la suite d'une mauvaise expérience, les femmes ont évité d'autres consultations.

Les patientes allophones ont évoqué que leurs habitudes, leurs attentes et leurs valeurs différaient parfois de celles des professionnelles de la santé. Un manque de communication a parfois fait paraître que les prestations de soins étaient imposées aux femmes et ne répondaient pas à leurs besoins réels. Dans de nombreuses situations, les femmes ne comprenaient pas les raisons de l'intervention médicale, elles ne pouvaient donc pas donner leur consentement éclairé, cela leur a fait ressentir un

sentiment d'impuissance et d'inquiétude. Souvent, les professionnelles se sont résignées à une communication limitée et se sont réconfortées par le fait que la santé de la mère et du bébé allait bien. Les situations d'urgence étaient particulièrement stressantes pour toutes les personnes impliquées. Les professionnelles étaient confrontées à un dilemme car elles devaient fournir des informations complètes sur le déroulement de la prise en soins et en même temps elles devaient prendre des décisions immédiates pour protéger la mère et l'enfant.

Les interprètes et les professionnelles ont commenté que dû à la disponibilité limitée des interprètes, les informations importantes étaient toutes rassemblées dans une consultation et les femmes avaient de la difficulté à les intégrer. Les interprètes interculturels ont également souligné qu'il est important que les professionnels de la santé utilisent un langage simple et qu'il faut qu'ils prévoient suffisamment de temps pour une consultation. Tous les groupes interrogés, mais surtout les femmes en situation de migration, ont constaté que les services d'interprétariat étaient indispensables pour obtenir des soins de maternité appropriés.

La famille représentait souvent la ressource la plus importante pour les femmes allophones. Cependant, les professionnelles ont trouvé que le fait de faire appel aux parents comme interprète était parfois plus contraignant car elles ont eu du mal à interagir avec eux. Afin de pallier cela, les professionnelles de santé ont utilisé à plusieurs reprises diverses formes de communication non verbale, telles que des images ou la communication avec des gestes. Parfois, le touché ou un rire partagé pouvait aider à renforcer le lien de confiance.

Cette étude montre qu'une formation sur le développement des compétences interculturelles pourrait aider à sensibiliser les professionnels à leurs comportements ainsi qu'à leur discrimination involontaire, celle-ci faciliterait également la collaboration avec des interprètes et réduirait les barrières linguistiques.

9. Silvera-Tawil, D., Pocock, C., Bradford, D., Donnell, A., Harrap, K., Freyne, J., & Brinkmann, S. (2018). CALD Assist-Nursing: Improving communication in the absence of interpreters. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22), 4168-4178. <https://doi.org/10.1111/jocn.14604>

Cet article est une étude mixte, celle-ci a été menée en Australie auprès de 42 soignants d'une expérience clinique variant entre 2 à 35 ans travaillant dans un service médical, chirurgical ou aigu et auprès de 43 patients issus de dix milieux linguistiques différents, comprenant le vietnamien (n = 16), l'italien (n = 7), le macédonien (n = 6), le grec (n = 4) et l'espagnol (n = 2).

Le but de l'étude est de développer une application de communication pour soutenir le personnel infirmier lors de la prestation de soins aux patients allophones lorsqu'un interprète n'est pas disponible. Cette étude vise alors à se rendre compte des besoins infirmiers pour pouvoir apporter un développement aux contenus et aux fonctionnalités de l'application CALD Assit développé en 2014.

CALD Assit est une application de communication qui a été créée pour soutenir les interactions entre les patients et les soignants lorsque les interprètes ne sont pas présents, celle-ci comprend pour le moment 95 phrases couramment utilisées, interprétées en dix langues et regroupées par disciplines.

Une récolte de données a été effectuée auprès de 15 infirmiers à travers quatre groupes de discussion. Dix entretiens ont également été menés auprès de dix patients puis 85 séances d'observation des interactions quotidiennes entre le patient et le personnel soignant, suivies d'enquêtes auprès du personnel ont été réalisées.

Les infirmiers ont identifié plusieurs catégories de communication pour lesquelles il serait utile d'avoir une communication assistée. Il s'agissait notamment de questions et d'images qui aideraient à : l'achèvement des protocoles administratifs ; la facilitation d'instructions et d'explications ; l'obtention du consentement lors des soins ; la compréhension des besoins du patient et lors de la prestation de soins quotidiens.

Il a été reconnu par les infirmiers que la barrière de la langue entrave la récolte de données des informations sur le patient, cela peut présenter un risque pour celui-ci.

Les soignants ont également fait remarquer que la communication avec les patients allophones est complexe et prend plus de temps. Selon les infirmiers, ce manque de communication peut entraîner un retard de traitement ainsi que du stress et/ou de la frustration pour le patient et pour le personnel infirmier. Les patients, quant à eux, ont évoqué le fait que les difficultés à communiquer ont augmenté avec le personnel infirmier lorsqu'ils ont utilisé des termes médicaux et des termes techniques.

De plus, les participants ont indiqué qu'ils ont souvent demandé de l'aide à des collègues qui parlent une autre langue pour soutenir la communication avec les patients. Les infirmiers ont également noté que la prise en soins des patients issus de milieux culturels

divers peut être difficile, et que la famille est souvent impliquée pour les aider à répondre aux besoins des patients.

Les participants ont été très positifs au sujet des capacités actuelles de l'application CALD Assist. Ils ont souligné le besoin de texte, d'images et de langage parlé. Un participant a souligné la nécessité de voix masculine et féminine pour toutes les langues, afin de répondre aux préoccupations culturelles ainsi que celles liées à l'expérience de la vie.

Les données d'observation et de l'enquête auprès du personnel ont comparé le nombre d'interactions et les différences qui peuvent exister entre le temps passé auprès d'un patient allophone et celui passé auprès d'un patient anglophone, grâce à un t-test à échantillons indépendants. Ces résultats ne présentent pas de différences significatives pour le nombre d'interactions ($t[80] = 1,58$; $p = 0,12$) ou pour le temps de celles-ci ($t[368] = -1,37$; $p = 0,17$). Les résultats montrent que les infirmiers interagissent à peu près le même nombre de fois et passent le même temps avec des patients allophones et des patients anglophones.

Des t-tests supplémentaires d'échantillons indépendants ont été effectués pour comparer le niveau de certitude de la bonne compréhension des patients allophones et le succès des interactions entre les infirmiers et les patients. Les résultats montrent qu'il existe une différence significative à la fois dans le niveau de certitude de la bonne compréhension des patients ($t[80] = 7,49$; $p < 0,001$) et dans le succès des interactions entre le patient et l'infirmier ($t[80] = 5,69$; $p < 0,001$). C'est-à-dire que les interactions avec les patients anglophones ont été évaluées par le personnel infirmier comme étant plus bénéfiques car ceux-ci avaient plus de certitude concernant la bonne compréhension de ces patients sur ce qui a été dit, par rapport aux interactions avec les patients non anglophones.

L'analyse des besoins des utilisateurs ont permis que la nouvelle application pour le personnel infirmier soit développée en tant qu'extension de l'application CALD Assist originale, les soins infirmiers étant inclus en tant que nouvelle discipline.

L'affichage final montre la phrase dans la langue sélectionnée en grande police et donne accès à un fichier audio de la phrase, aux options de réponse, aux questions de suivi et à des images qui peuvent être agrandies.

Le personnel et les patients participants ont suggéré ensemble plus de 285 phrases à intégrer dans l'application CALD Assist. Les phrases principales sont liées à la gestion de la douleur, à la mobilité, aux médicaments, aux soins d'hygiène et aux différentes

procédures. Le personnel infirmier a également suggéré des phrases qui les aideraient à compléter leur documentation relative au patient. Au total, 143 phrases différentes, subdivisées en 16 catégories, ont été identifiées pour l'inclusion dans l'application de CALD Assist.

L'outil ne remplace pas les interprètes mais fourni plutôt un moyen de soutenir les interactions rapides et informatives entre le patient et l'infirmier lorsqu'un interprète n'est pas disponible. Sa valeur réside dans le fait de permettre l'engagement et la participation des patients aux interactions de base, d'accélérer les soins appropriés et de réduire les coûts associés aux retards dans la prestation des soins.

Tableau 4 : Tableau synoptique

Articles		Ali & Watson (2018)	Ali & Johnson (2017)	Alm-Pfrunder et al. (2018)	Salavati et al. (2019)	Hadziabdic et al. (2015)	Watts et al. (2018)	Eklöf et al. (2015)	Origlia Ikhlor et al. (2019)	Silvera-Tawil et al. (2018)
Thèmes	Sous-thèmes									
Vécu des infirmiers face aux barrières linguistiques	Ressenti des infirmiers face à la barrière linguistique	X	X		X	X	X		X	X
	Perceptions des infirmiers face à l'utilisation des services d'interprétariat	X			X	X	X	X	X	
	Ressources auprès des membres de la famille et auprès d'autres professionnels de la santé	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Recommandations infirmières face aux barrières linguistiques	Utilisation du langage verbal et non verbal			X	X	X		X	X	X
	Supports manuscrits et informatiques	X	X			X	X			X
	Besoin en formations	X	X		X	X	X	X	X	

4. DISCUSSION

À la suite de la lecture et de la synthèse des articles retenues pour le chapitre résultats, différents thèmes et sous-thèmes ont émergé de l'analyse. Les deux catégories principales identifiées sont le vécu et les recommandations des infirmiers face aux barrières linguistiques et les sous-thèmes identifiés aux travers de ces catégories sont : le ressenti des infirmiers face à la barrière linguistique ; les perceptions des infirmiers face à l'utilisation des services d'interprétariat ; les ressources auprès des membres de la famille et auprès d'autres professionnels de la santé ; l'utilisation du langage verbal et non verbal, les supports manuscrits et informatiques et pour finir le besoin en formations. Ces différents thèmes et sous-thèmes seront mis en lien avec la théorie de la diversité et de l'universalité des soins culturels de Madeleine Leininger tout au long de ce chapitre. C'est à travers cet ancrage théorique et la confrontation des résultats de la littérature que cette discussion répondra à la question de recherche de ce travail : Quel est le vécu des infirmiers durant la prise en soins de personnes allophones et quelles recommandations peuvent pallier les barrières linguistiques en milieu hospitalier ?

4.1. Vécu des infirmiers face aux barrières linguistiques

4.1.1. Ressenti des infirmiers face à la barrière linguistique

Le ressenti des infirmiers face à la barrière linguistique est un des thèmes émergeant dans la majorité des articles. Sur les neuf articles analysés, sept d'entre eux mettent en évidence ce sujet (Ali & Johnson, 2017; Ali & Watson, 2018; Hadziabdic et al., 2015; Origlia Ikhilior et al., 2019; Salavati et al., 2019; Silvera-Tawil et al., 2018; Watts et al., 2018).

Tout d'abord, les infirmiers soulèvent l'importance de la communication. En effet, dans les soins celle-ci est un élément essentiel et un des aspects les plus importants dans la relation avec le patient, elle permet de construire un lien de confiance. C'est pour cela que les participants évoquent que la barrière linguistique représente un obstacle à la qualité des soins (Ali & Johnson, 2017; Ali & Watson, 2018; Hadziabdic et al., 2015; Origlia Ikhilior et al., 2019; Salavati et al., 2019; Silvera-Tawil et al., 2018; Watts et al., 2018).

Par ailleurs, les articles exposent la difficulté de compréhension entre le soignant et le soigné, celle-ci rend complexe la prise en soins. Les infirmiers ressentent de la

frustration et du stress lorsqu'ils sont incapables de communiquer avec les patients. Le manque de compréhension des informations transmises a pour conséquences des rendez-vous manqués de la part des patients, une augmentation de la charge de travail des soignants et une difficulté lors de la récolte de données qui entrave potentiellement la sécurité et la qualité de la prise en soin. En situation d'urgences les infirmiers sont confrontés à un dilemme, celui de ne pas pouvoir fournir d'explications complètes aux patients et à leurs proches et de devoir prendre rapidement des décisions pour leur santé, cela leur procure un sentiment d'insécurité (Ali & Johnson, 2017; Ali & Watson, 2018; Hadziabdic et al., 2015; Origlia Ikhilior et al., 2019; Salavati et al., 2019; Silvera-Tawil et al., 2018; Watts et al., 2018).

Madeleine Leininger définit la personne comme un être humain qui ne peut être dissocié de son bagage culturel. Les expériences de celui-ci et son mode de vie reflètent les valeurs et les croyances auxquelles il s'identifie (Pepin et al., 2017). Les études montrent que la personne en situation de migration est confrontée dans son quotidien aux différences culturelles. Dans le parcours de santé d'un patient allophone, la barrière linguistique devient un obstacle considérable.

La théorie de la diversité et de l'universalité des soins culturels fait partie du paradigme de la transformation « être avec ». Celui-ci prône une approche holistique et un partenariat entre le soignant et le soigné. Cette théorie se retrouve dans l'école de pensée du caring, celle-ci est centrée sur le concept du caring qui signifie « prendre soin ». Cette école amène à comprendre le soin comme étant une façon de soutenir la personne en respectant sa culture et sa spiritualité (Pepin et al., 2017). À travers sa théorie, Madeleine Leininger a pour but d'offrir au soignant un modèle à suivre afin de prendre en soin la personne allophone de manière holistique tout en respectant ses valeurs, ses croyances et sa culture. Les études ont montré le ressenti et les difficultés des infirmiers face à la barrière linguistique dans les soins, ce modèle est un outil qui aiderait les infirmiers à prodiguer des soins transculturels.

4.1.2. Perceptions des infirmiers face à l'utilisation des services d'interprétariat

La perception des infirmiers face à l'utilisation des services d'interprétariat est une thématique présente dans la majorité des articles, seuls trois des neuf articles n'abordent pas ce sujet.

Les avis sur le sujet sont très divergents, certaines de ces études (n = 4) montrent la satisfaction des participants et les bénéfices qu'un interprète peut amener lors de la prise en soins d'un patient allophone tel que la sécurité de celui-ci et le fait de pouvoir

communiquer verbalement avec lui à travers d'autrui (Ali & Watson, 2018; Origlia Ikhilor et al., 2019; Salavati et al., 2019; Watts et al., 2018). En revanche, tous les articles abordant ce sujet (n = 6) ont évoqué un certain nombre de limites quant à l'utilisation de ces services et un certain nombre d'inconvénients qui amèneraient un sentiment de frustration aux soignants (Ali & Watson, 2018; Eklöf et al., 2015; Hadziabdic et al., 2015; Origlia Ikhilor et al., 2019; Salavati et al., 2019; Watts et al., 2018).

Les difficultés d'organisation, de disponibilité et d'accessibilité aux services d'interprétariat ont souvent été décrites comme des obstacles. Le recours à un interprète nécessite selon les participants une planification en amont et n'est pas adaptée en situation d'urgence (Ali & Watson, 2018; Eklöf et al., 2015; Hadziabdic et al., 2015; Origlia Ikhilor et al., 2019; Watts et al., 2018). De plus, l'appel à un service d'interprétariat par téléphone a été d'autant plus compliqué dû au manque d'interactions non verbales (Eklöf et al., 2015; Watts et al., 2018). En conséquence, il a également été exprimé que cela augmentait la charge de travail des infirmiers car les soins aux personnes allophones étaient chronophages dû à la barrière de la langue (Ali & Watson, 2018; Eklöf et al., 2015; Hadziabdic et al., 2015; Origlia Ikhilor et al., 2019; Salavati et al., 2019; Watts et al., 2018).

Par ailleurs, le rapport avec l'interprète pourrait amener un mal-être au sein de la relation de soin. Un contact privilégié entre l'interprète et le patient dû à la langue et au contexte culturel partagé pourrait amener à ce que le soignant soit mis de côté. Au contraire, l'interprète peut être considéré comme quelqu'un d'étranger par le patient, cela peut créer une méfiance et un manque de confiance peut s'installer dans la relation de soin (Eklöf et al., 2015; Hadziabdic et al., 2015; Watts et al., 2018).

Les infirmiers se sont également sentis limités et frustrés quant à la qualité de leur prise en soins en raison du manque d'échanges avec le patient. Cela leur a fait ressentir une certaine dépendance à l'égard des interprètes pour pouvoir communiquer avec le patient. Lors d'un échange entre le soignant, l'interprète et le patient, beaucoup d'informations importantes sont transmises au soigné. Un sentiment d'insécurité et d'inquiétude surgit alors quant à l'exactitude de l'information transmise et quant à la bonne compréhension des informations de la part des patients (Ali & Watson, 2018; Eklöf et al., 2015; Hadziabdic et al., 2015; Origlia Ikhilor et al., 2019; Salavati et al., 2019; Watts et al., 2018). Cette incompréhension peut d'autant plus surgir quand les termes utilisés ne sont pas compris par tous les intervenants. Il est alors important, selon les participants de certaines études, que l'interprète demande au soignant de clarifier les

terminologies médicales en utilisant un langage simplifié lorsqu'il ne comprend pas l'information et en transmettant cette information mot pour mot afin d'assurer la bonne interprétation de celle-ci. En adaptant la longueur des phrases, le rythme de la voix, en effectuant des pauses et en parlant à tour de rôle pour permettre la traduction des informations, les soignants ont eu la sensation d'améliorer la communication avec l'intermédiaire d'un interprète. Ils ont aussi adapté la disposition des chaises à une distance égale entre le soignant, l'interprète et le patient pour favoriser une position égale entre chaque personne en mettant l'accent sur le rôle neutre de l'interprète. Quand c'était possible, les soignants ont également fait appel au même interprète pour le même patient afin de préserver au maximum leur vie privée (Eklöf et al., 2015; Hadziabdic et al., 2015; Origlia Ikhil et al., 2019; Salavati et al., 2019).

L'environnement représente le contexte et les conditions dans lequel l'être humain évolue. Celui-ci constitue tous les aspects externes à la personne. Il a toutefois selon Madeleine Leininger un réel impact sur son existence, sur sa vision du monde et il donnera un sens à ses expériences de vie (Pepin et al., 2017). Les professionnels de santé participants aux neuf études qui ont pu être analysées se retrouvent face à des patients allophones n'étant pas originaires du pays où ils se trouvent, ceux-ci résident dans un environnement qui n'est pas le leur avec différentes coutumes. Ces personnes sont non seulement dans un environnement qui leur est méconnu mais aussi dans une situation de santé qui les rend vulnérables. Cela engendre des enjeux considérables dans l'approche que les soignants pourront avoir avec ces personnes.

Madeleine Leininger qualifie la santé comme allant au-delà de l'absence de maladie, elle est considérée différemment d'une culture à l'autre et elle se construit à travers les croyances, les valeurs et les comportements culturels propre à chaque personne afin de maintenir le bien-être de celle-ci (Pepin et al., 2017). Ayant pour objectif d'offrir des soins culturels qui tiennent compte des aspects bio-psycho-sociaux et spirituels de la personne, Madeleine Leininger a voulu à travers sa théorie, aider les soignants à mieux comprendre le système culturel du patient afin d'identifier par la suite ses besoins et ses attentes en matière de soins et de santé (McFarland & Wehbe-Alamah, 2014). Pour pouvoir répondre à ce critère, il est essentiel d'investiguer davantage, auprès du patient, sur les sept facteurs du schéma « Sunrise Enabler » (voir annexe 7.1) (Wehbe-Alamah, 2015). Dû à la barrière de la langue cela n'est pas si simple à faire c'est pour cela qu'une des actions premières des soins transculturels est le fait de pouvoir communiquer avec la personne, un interprète est alors une solution à envisager selon les diverses études analysées auparavant. Faisant appel à un interprète, le soignant viendrait également répondre à la préservation et/ou l'entretien des soins culturels, un des trois concepts

permettant d'atteindre des soins adaptés à la culture de chaque patient car celui-ci se base sur des interventions et des décisions professionnelles d'assistance, de soutien et de facilitation qui permettront au patient de faire part de ses craintes et de ses volontés ainsi que de maintenir ses croyances et ses valeurs (McFarland, 2017).

4.1.3. Ressources auprès des membres de la famille et auprès d'autres professionnels de la santé

Le thème des ressources auprès des professionnels de la santé bilingues et auprès des membres de la famille est présent dans les neuf articles de ce travail.

Le recours aux membres de la famille en tant qu'interprète est évoqué dans sept des neuf articles analysés (Alm-Pfrunder et al., 2018; Eklöf et al., 2015; Hadziabdic et al., 2015; Origlia Ikhil et al., 2019; Salavati et al., 2019; Silvera-Tawil et al., 2018; Watts et al., 2018).

Les résultats montrent que les infirmiers ont ressenti un sentiment d'incertitude lorsque les membres de la famille du patient se désignaient comme interprète car la qualité des informations transmises au soigné ne pouvait pas être garantie. Les membres de la famille ne comprennent pas toujours les termes médicaux évoqués et parfois en raison de l'influence émotionnelle due à une mauvaise nouvelle, ils ne transmettent pas toutes les informations expliquées par le soignant (Alm-Pfrunder et al., 2018; Hadziabdic et al., 2015; Origlia Ikhil et al., 2019; Watts et al., 2018).

Par ailleurs, la participation des enfants comme interprète essaie d'être préservée dans le meilleur des cas car cela peut provoquer un changement de rôle et créer un problème de vie privé au sein de la famille. Néanmoins, lorsqu'il n'y a pas d'autres solutions les enfants sont tout de même sollicités en tant qu'interprète (Alm-Pfrunder et al., 2018; Eklöf et al., 2015).

La famille a été davantage impliquée en tant qu'interprète lors de situations de soins quotidiens, celle-ci arrive à s'adapter à l'environnement et aux méthodes de travail des soignants. Elle permet également d'exprimer les réels besoins du patient et cela permet aux soignants d'y répondre au mieux (Hadziabdic et al., 2015; Silvera-Tawil et al., 2018).

Dans certains articles (n = 5), il est mentionné que les proches du soigné sont plus rapidement amenés à participer dans la prise soin car ils sont sollicités à être les intermédiaires durant les échanges quotidiens entre soignant et soigné afin de permettre

une meilleure interaction entre ceux-ci (Alm-Pfrunder et al., 2018; Hadziabdic et al., 2015; Salavati et al., 2019; Silvera-Tawil et al., 2018; Watts et al., 2018).

Par ailleurs, l'appel à la famille en tant qu'interprète est estimé bénéfique lors de situations d'urgence car le besoin d'échanges doit être immédiat et pouvoir bénéficier d'interprète nécessite une organisation en amont (Hadziabdic et al., 2015; Silvera-Tawil et al., 2018).

D'autre part, dans cinq des neuf articles, les professionnels de la santé multilingues sont sollicités à interagir par l'équipe soignante ou la famille du patient allophone (Ali & Johnson, 2017; Ali & Watson, 2018; Alm-Pfrunder et al., 2018; Hadziabdic et al., 2015; Silvera-Tawil et al., 2018).

Dans ces situations les soignants bilingues ont le sentiment d'être vulnérables et d'avoir une pression supplémentaire quand ils doivent apporter une bonne traduction durant les échanges avec le patient lorsque ceux-ci sont sollicités en tant qu'interprète. De plus, les patients profitent de pouvoir communiquer avec le soignant en les sollicitant pour d'autres demandes qui ne sont pas en lien avec les soins. Les professionnels soignants multilingues expriment que leur compétence à parler une autre langue augmentait la charge de travail, d'autant plus que ce n'est pas une compétence qui est reconnue dans leur rôle de soignant (Ali & Johnson, 2017; Hadziabdic et al., 2015).

En revanche, les professionnels de la santé bilingues connaissent les routines du lieu de travail ce qui favorise un meilleur échange entre le soigné et le soignant car ils sont plus sûrs de transmettre de bonnes informations. Pouvoir parler la langue du patient est soutenue par l'équipe soignante et encouragée par les membres de la famille du patient. Cela permet de meilleurs échanges entre le soignant et le soigné, les patients ont exprimé leur satisfaction car ils se sentaient plus écoutés et compris. De plus, cela favorise le lien de confiance et permet l'identification des besoins du patient ainsi le séjour hospitalier de celui-ci sera amélioré (Ali & Johnson, 2017; Ali & Watson, 2018; Alm-Pfrunder et al., 2018; Hadziabdic et al., 2015; Silvera-Tawil et al., 2018).

Le schéma « Sunrise Enabler » (voir annexe 7.1) de Madeleine Leininger comprend le facteur du lien social et familial qui regroupe la structure, les valeurs, les rôles, le statut, les liens familiaux et le ressenti des émotions face à la situation vécue (Pereira de Melo,

2013). Ce facteur exerce une influence sur les comportements de santé et de soins du patient. La famille et les professionnels de la santé bilingues vont permettre d'être l'intermédiaire entre le soignant et le soigné, ils permettent l'échange sur les besoins et les ressentis. En sollicitant les membres de la famille du patient et les professionnels de la santé bilingues en tant qu'interprète, l'infirmier tente de répondre à la préservation et/ou l'entretien des soins culturels en recevant l'aide de personnes ressources qui aidera à la prise en soins du patient tout en préservant les croyances et les valeurs de celui-ci (McFarland, 2017).

À travers les différentes études analysées, la famille et les professionnels multilingues sont recommandés dans les situations qui sont spontanées tels que les situations d'urgence ou dans des soins quotidiens tandis que les interprètes vont être privilégiés lors de situations formelles dont les informations transmises au patient doivent être comprises et claires. Ces informations sont d'ordre plus importantes et doivent être discutées avec la personne concernée et éventuellement avec ses proches de façon organisée et explicite.

4.2. Recommandations infirmières face aux barrières linguistiques

4.2.1. Utilisation du langage verbal et non verbal

A travers les différents sous-thèmes analysés ci-dessus, plusieurs obstacles ont pu être exposés. Afin de pallier ceux-ci et mise en part de la plus-value de faire appel à un interprète et d'utiliser les compétences des collègues multilingues ainsi que le recours aux proches selon les situations, l'utilisation du langage verbal et non verbal est une des recommandations évoquées par les participants dans six des neuf études (Alm-Pfrunder et al., 2018; Eklöf et al., 2015; Hadziabdic et al., 2015; Origlia Ikhilior et al., 2019; Salavati et al., 2019; Silvera-Tawil et al., 2018).

Pour favoriser l'échange avec les patients, les infirmiers ont utilisé différentes stratégies. L'une d'entre elles est l'utilisation de leur corps tel que la gestuelle qu'ils adoptent afin de se faire comprendre. De plus, les cinq sens permettent aux soignants d'obtenir plus d'informations sur l'état clinique du patient tel que sur l'état de la peau, les émotions, la respiration de celui-ci et les odeurs des éventuelles infections.

L'environnement de la personne joue également un rôle important pour le déroulement de sa prise en soins. Il est recommandé de limiter le nombre de personnes présentes lors des échanges afin de favoriser un environnement calme et accueillant, celui-ci permet d'améliorer la communication et le lien de confiance. Les infirmiers ont aussi

adapté le rythme et le ton de leur voix afin de mieux se faire comprendre. Les participants ont également fait recours à des images, des fichiers audios et des documents manuscrits pour les aider à faire face à la barrière linguistique (Alm-Pfrunder et al., 2018; Eklöf et al., 2015; Hadziabdic et al., 2015; Origlia Ikhilior et al., 2019; Salavati et al., 2019; Silvera-Tawil et al., 2018).

L'accommodation et/ou la négociation des soins culturels fait partie d'une des orientations de la théorie de la diversité et de l'universalité des soins culturels de Madeleine Leininger pour répondre à des soins culturellement congruents (McFarland, 2017). Cette orientation de prise en soins encourage les infirmiers à utiliser leur créativité. Elle a pour but d'optimiser des soins culturellement sûrs, cohérents et efficaces pour la satisfaction et le bien-être du patient (Wehbe-Alamah, 2015). A travers cette prise en soin, les infirmiers font recours à différentes stratégies dont font partie le langage verbal et non verbal.

Une autre approche de la théorie est la restructuration et /ou le remodelage des soins culturels. Celle-ci a pour but de permettre aux professionnels de prendre des décisions et/ou de réaliser des actions qui aideront les patients à changer et à adapter leur mode de vie (Wehbe-Alamah, 2015). En améliorant leurs stratégies de communication, les soignants créent des liens de confiance avec les patients allophones. A travers l'implication et l'intérêt des soignants, ceux-ci se sentent valorisés et compris. Grâce au lien de confiance qui s'établit entre le soignant et le soigné, les patients pourront bénéficier de meilleures pratiques et ainsi obtenir de meilleurs résultats dans leur prise en soins.

4.2.2. Supports manuscrits et informatiques

L'acquisition de supports manuscrits et informatiques est une des recommandations infirmière qui revient dans cinq des études qui ont pu être analysées (Ali & Johnson, 2017; Ali & Watson, 2018; Hadziabdic et al., 2015; Silvera-Tawil et al., 2018; Watts et al., 2018)

La plupart des articles évoquent le manque de protocoles clairs au sein des unités de soins, que ce soit concernant l'appel à un service d'interprétariat ou sur la façon de travailler avec un interprète mais aussi concernant l'utilisation des compétences linguistiques propres au soignant ou de celles d'un de leurs collègues. En effet, la création de protocoles concernant le travail avec des interprètes pourrait améliorer la qualité de l'interprétariat et des échanges avec l'interprète selon les participants.

Concernant les compétences linguistiques propres ou celles d'un collègue ces protocoles viendraient clarifier leur rôle afin que l'équipe soignante n'abuse pas de ces compétences et que cela n'engendre pas une pression supplémentaire sur la personne ni sur la charge de travail (Ali & Johnson, 2017; Hadziabdic et al., 2015; Silvera-Tawil et al., 2018; Watts et al., 2018)

Certaines de ces études ont également évoqué que l'avancement des technologies tel qu'une application pensée et adaptée aux soins quotidiens d'un patient ou alors un appareil qu'on pourrait mettre à disposition du patient bénéficiant d'une simple application de traduction pourrait être utilisé afin de réduire les barrières linguistiques. Selon les participants des études, ces outils ne remplaceraient pas les interprètes mais ils fourniraient plutôt un moyen de soutenir les soignants lors d'interactions rapides et informatives ou en situation d'urgence (Ali & Watson, 2018; Silvera-Tawil et al., 2018; Watts et al., 2018).

La technologie fait partie du schéma « Sunrise Enabler » (voir annexe 7.1) appartenant à la théorie de la diversité et de l'universalité des soins culturels. En effet, c'est un des sept facteurs qui ont une influence directe sur les trois orientations principales de la théorie de Madeleine Leininger (Wehbe-Alamah, 2015). Ce facteur évoque entre autres l'accès aux technologies, l'accès aux moyens de communication, l'accès aux médias et à la presse et l'accès aux services technologiques de santé (Pereira de Melo, 2013). En ce qui concerne ce sujet les attentes des soignants se placent plutôt dans le fait d'avoir accès aux technologies comme un moyen de communication afin de diminuer les barrières linguistiques. Le fait de rechercher une nouvelle méthode afin de prendre en soins les personnes allophones mène les soignants à répondre à une des trois orientations principales de la théorie de Madeleine Leininger. Cette orientation est celle de l'accommodation et/ou la négociation des soins culturels, elle aide les infirmiers à utiliser leur imagination et leur créativité afin d'avoir un meilleur sens d'adaptabilité face aux diverses situations (McFarland, 2017). La barrière de la langue est présente durant toutes les circonstances qu'elles soient urgentes ou non, c'est pour cela qu'il est important, selon les diverses études analysées, que des protocoles et le développement des technologies au sein des unités de soins soient envisagées. Cela permettrait d'optimiser des soins culturellement congruents.

4.2.3. Besoin en formations

Le besoin en formations est une recommandation présente dans sept des neuf articles analysés.

Ces études ont montré que des formations devraient être incluses dans le parcours professionnel des soignants afin de favoriser des soins de qualité, transculturels et équitables pour tous les patients. Celles-ci permettent, selon les participants, une meilleure compréhension des enjeux de la barrière de la langue, une réflexion autour des questionnements liés à la culture, une présentation des services d'interprétariat et des pistes sur la collaboration avec celui-ci (Ali & Johnson, 2017; Ali & Watson, 2018; Eklöf et al., 2015; Hadziabdic et al., 2015; Origlia Ikhilior et al., 2019; Salavati et al., 2019; Watts et al., 2018).

Dans les soins, Madeleine Leininger prône que le personnel infirmier prodigue des soins transculturels qui respectent et préservent le mode de vie de chaque personne indépendamment de sa culture et de sa spiritualité. Elle recommande que les soins infirmiers se basent sur les connaissances transculturelles et qu'ils puissent s'adapter aux différences de la personne tout en incluant la famille, leur contexte environnemental et leur façon de communiquer (Pepin et al., 2017). La formation des infirmiers permettrait d'amener des connaissances et de comprendre les défis de prise en soins face à des patients présentant des enjeux spécifiques de par leur parcours de vie. À travers ces connaissances, l'infirmier aura les outils et ressources nécessaires qui l'aideront à répondre au mieux à ces défis. Elle permettrait selon Madeleine Leininger d'apporter des soins transculturels adaptés au patient tout en respectant les valeurs et les croyances de celui-ci. Les soignants répondraient au concept de la restructuration et/ou du remodelage des soins culturels présent dans le schéma « Sunrise Enabler » (voir annexe 7.1), celui-ci mène à des actions et des décisions professionnelles favorisant le changement et l'adaptation du mode de vie des soignés (McFarland, 2017). Les soignants pourront de ce fait apporter une prise en soin de meilleure qualité, tout en prenant en compte la personne de façon holistique.

5. CONCLUSION

À travers le modèle théorique de Madeleine Leininger et des différentes études analysées et discutées, diverses réponses à la question de recherche suivante sont mises en évidence : Quel est le vécu des infirmiers durant la prise en soins de personnes allophones et quelles recommandations peuvent pallier les barrières linguistiques en milieu hospitalier ?

La conclusion de ce travail viendra dans un premier temps mettre en évidence les limites et les forces de cette revue partielle de littérature. Puis, dans un second temps, elle permettra de donner des recommandations pour les trois axes de la profession infirmière, c'est-à-dire la clinique, la recherche et l'enseignement.

5.1. Apports et limites du travail

Le sujet de la barrière linguistique dans les soins est une problématique dont les soignants sont confrontés à nombreuse reprises durant leur carrière professionnelle, celle-ci a un impact dans la prise en soins des personnes allophones, c'est pour cela que ce travail s'y est intéressé. En Suisse, il existe un grand nombre de personnes en situation de migration, cela se retrouve particulièrement dans une ville cosmopolite telle que Genève. En effet, celle-ci est une ville multiculturelle mélangeant diverses ethnies et cultures. La barrière de la langue peut donc provoquer plusieurs obstacles dans le quotidien des personnes concernées. Il est alors important d'approfondir ce sujet et de pouvoir diminuer les obstacles liés à la barrière linguistique pour permettre une meilleure qualité de vie à ces personnes.

La recherche d'articles a été fructueuse car il s'agit d'un thème d'actualité, d'intérêt au niveau international et qui ne cesse d'exister tant que le flux migratoire sera présent. Pour répondre à la question de recherche qui est de type qualitative, la méthodologie de ce travail s'est basée principalement sur des études répondant à ce devis, cela a permis de faire émerger des résultats liés à l'expérience vécue du public cible et ainsi obtenir des réponses adaptées à cette question.

Une des forces de ce travail est également la théorie de Madeleine Leininger qui a été choisie comme ancrage théorique. Cela a été pertinent et cohérent car cette théorie se base sur les soins transculturels, dont le focus est le respect de la culture, des valeurs et des croyances de la personne soignée. Cela correspond au sujet de la barrière linguistique dans les soins et comment prendre en soins les personnes allophones dans

le milieu hospitalier. Les résultats des articles analysés sont concrets et applicables dans la pratique infirmière suisse et ceci est aussi une des forces de ce travail.

Néanmoins, dans cette revue de littérature partielle, un seul article met en évidence le sujet de la barrière linguistique en Suisse. Il aurait été intéressant de pouvoir confronter le ressenti des infirmiers dans un contexte égal à celui de la Suisse car souvent celui-ci était associé à une situation spécifique liée aux moyens mis à disposition et à l'organisation du travail au niveau du pays d'étude. Les articles analysés considéraient en effet, des contextes différents, ce qui met en évidence des résultats spécifiques à la réalité vécue par le pays d'étude qui ne correspond parfois pas tout à fait à la réalité locale de la Suisse ou même genevoise.

Dans ce travail, une étude mixte a été analysée dans laquelle la partie quantitative n'a pas été explorée. Celle-ci devrait faire l'objet d'une autre revue de littérature sur les technologies et leur impact à l'aide d'analyse d'articles interventionnels permettant l'émergence de recommandations dans ce domaine.

5.2. Recommandations

5.2.1. Clinique

Le vécu des infirmiers durant la prise en soins d'une personne allophone est parsemé d'obstacles, ceux-ci engendrent selon les articles discutés antérieurement un sentiment de frustration, d'insécurité, d'impuissance et de stress face aux différentes situations de soins. En effet, il a été constaté au travers de l'analyse que la barrière linguistique a un réel impact sur la perception des soignants de la qualité des soins qui sont apportées aux patients allophones. C'est pour cela que la plupart du temps, les soignants recherchent des stratégies d'adaptation pouvant pallier ces obstacles. Malgré les difficultés rencontrées lors de la collaboration avec un interprète ceux-ci sont, selon les différentes études analysées, une solution à envisager lors d'entretiens formels et organisés. En revanche, lors de situations d'urgence et lors de discussions ponctuelles, les professionnels font le plus souvent recours à la famille et aux collègues bilingues afin de répondre au mieux à la demande du patient. D'autres recommandations telles que le langage verbal et non verbal ainsi que l'utilisation des technologies sont évoquées comme pouvant améliorer le lien de confiance avec le patient car ils montrent que le professionnel de santé est investi dans la prise en soins malgré la barrière de la langue. De plus, cette revue de littérature a également permis de mettre en lumière l'importance de prendre en compte les valeurs et les croyances culturelles du patient afin de prendre

en soin l'être humain de manière holistique et sans aucun jugement vis-à-vis de ses coutumes, de ses valeurs et de ses croyances.

Au long de l'analyse et de la discussion des différents articles, plusieurs avis et ressentis de la part des soignants sont ressortis. Pourtant pas tout cela était relié au contexte qui est retrouvé en Suisse et à Genève particulièrement.

Pour mieux comprendre le contexte suisse et genevois, il a été intéressant de pouvoir bénéficier d'un entretien d'une heure avec Madame Patricia Hudelson, anthropologue médicale de profession, celle-ci a pour mission de trouver des solutions au défi du choc des cultures au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG] (Grimaldi, 2017).

En Suisse, il existe l'association « Interpret », celle-ci réunit et représente l'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle depuis 1999 (Interpret, s. d.).

A Genève, il existe deux services d'interprétariat communautaire, celui de « la Croix-Rouge genevoise » et celui de « Connexion ». Ils permettent d'avoir accès aux services d'interprétariat par plusieurs méthodes que ce soit sur place, par téléphone ou par vidéoconférence, cela dans différentes langues (Connexion, 2020; Croix-Rouge genevoise, 2023).

Patricia Hudelson explique que trois départements des HUG travaillent en collaboration avec Connexion et sept départements avec la Croix-Rouge genevoise afin de répartir la charge de travail entre ces deux services. Les services d'interprétariat n'incluent aucun coût direct pour le patient allophone qui en bénéficie car des fonds financiers par l'état sont versés aux HUG afin de garantir la qualité des soins de ces personnes.

Sur l'intranet des HUG, il existe des protocoles permettant d'aider les professionnels à faire appel aux interprètes. Ils les guident dans le processus et sur quel service d'interprétariat s'adresser. Néanmoins, beaucoup de professionnels n'en ont pas connaissance ou ne savent pas comment s'y prendre, Patricia Hudelson exprime recevoir de nombreux appels concernant ces demandes de la part des collaborateurs.

Madame Hudelson propose des formations à la demande des unités pour sensibiliser le travail avec les interprètes et elle donne des recommandations pour mieux collaborer avec ceux-ci. Néanmoins, elle est principalement sollicitée pour intervenir auprès des médecins. Elle exprime une difficulté à organiser ce type de formations selon les disponibilités des unités de soins (communication personnelle, 17 avril 2023). En revanche, les formations devraient être davantage sollicitées dans les services auprès des soignants afin qu'ils aient une première approche de la collaboration avec les

interprètes ainsi que des recommandations pour diminuer la barrière de la langue et de s'investir plus facilement dans la prise en soins d'une personne allophone.

5.2.2. Recherche

Au niveau de la recherche, les études menées sur le sujet restent peu nombreuses en Suisse. Cette revue de littérature regroupe principalement des articles se situant dans les pays nordiques tels que la Finlande, la Suède et le Royaume-Uni. Bien que ce soient des pays d'une superficie plus importante, un pays multiculturel comme la Suisse, devrait mener davantage d'études sur la barrière de la langue dans les soins. Celles-ci permettraient de mettre en évidence les besoins des soignants, des mesures d'impact et des recommandations contextualisées pour la pratique clinique en Suisse. Selon le SEM (2023), l'immigration au sein de la population résidente permanente en Suisse a augmenté en 2022 de 20 886 personnes (+ 14,8 %) par rapport à 2021. Au travers des statistiques démographiques, il est démontré que l'immigration continue d'augmenter au fil du temps. Au sein des hôpitaux, les soignants doivent ainsi adapter leur prise en soins en fonction des différentes cultures rencontrées, développer des compétences et des connaissances pour favoriser l'équité des soins dans un contexte multiculturel.

D'un point de vue politique, la Suisse est reconnue pour être un pays d'accueil de nombreuses personnes en situation de migration. En effet, en prenant comme exemple récent la guerre en Ukraine, le pays a ouvert ses portes pour recevoir un grand nombre de personnes et favoriser leur intégration. Ces événements politiques ne cessent d'augmenter chaque année, la Suisse devrait alors s'intéresser d'avantage aux stratégies que pourraient mettre en place les soignants pour s'adapter aux personnes provenant de divers horizons.

Afin d'approfondir le sujet, il serait intéressant de réaliser davantage d'études quantitatives. En effet, les études qualitatives ont permis de décrire cette problématique dans les soins à travers diverses observations et entretiens. Néanmoins, ces données restent statistiquement faibles car elles ne sont pas mesurables dû au fait qu'elles soient analysées de manière subjective. Les études quantitatives permettraient par exemple d'amener plus de données concrètes sur les recommandations qui sont évoquées au long de ce travail.

5.2.3. Enseignement

Ce travail a permis de mettre en évidence le manque ressenti par les participants de documentation et de formations alors que selon les différents articles analysés celles-ci seraient bénéfiques à la prise en soin d'une personne allophone.

En ce qui concerne la discipline de l'enseignement, il est tout d'abord intéressant de comprendre quel contenu abordant les thématiques de ce travail est enseigné au sein de la formation Bachelor en soins infirmiers à Genève. Tout au long de ces trois ans à la HEdS des thématiques comme la spiritualité dans les soins, le parcours migratoire, l'interculturalité entre les professionnels de la santé et pour finir la théorie de Madeleine Leininger sur la diversité et l'universalité des soins culturels ont été abordées. Il est également fort possible que la plupart des étudiants aient été confrontés à la barrière de la langue durant leur période de formation pratique dû à la multiculturalité présente sur le canton de Genève. Néanmoins, il n'a pas été abordé des contenus spécifiques sur les enjeux de la barrière de la langue dans les soins et sur la collaboration avec un interprète.

Patricia Hudelson propose entre autres avec la Dre Melissa Dominicé Dao des consultations transculturelles destinées aux soignants des HUG et des formations liées au travail avec les interprètes (Grimaldi, 2017). Patricia Hudelson s'exprime sur l'importance de s'intéresser à la barrière de la langue, l'impact de celle-ci sur la qualité des soins, les différentes approches et recommandations lors de la collaboration avec un interprète ainsi qu'un enseignement qui se base sur des situations concrètes. Cette dernière exprime qu'elle avait déjà pu intervenir au sein de la formation Bachelor des soins infirmiers par le passé et qu'elle intervient toujours auprès des étudiants en médecine, celle-ci se montre alors enthousiaste à l'idée que des futures collaboratrices et étudiantes en dernière année des soins infirmiers s'intéressent à ce sujet (Communication personnelle, 17 avril 2023).

Il existe par ailleurs une formation continue pour les infirmiers diplômés tels que le Certificate of Advanced Studies [CAS] en santé et diversités, celui-ci est dispensé à l'Université de Genève [UNIGE]. Il vise à comprendre et à pratiquer les approches transculturelles. Il a pour objectif de développer la compréhension de ces approches dans le système de soins en prenant en compte les enjeux et les défis de la société actuelle. Il permet également d'intégrer les approches transculturelles dans la pratique clinique en menant une réflexion interprofessionnelle et de s'interroger sur ses propres

référentiels métiers, culturels et personnels. Enfin, celui-ci va aider les soignants à s'approprier les outils de communication permettant d'assurer une relation de qualité entre le soignant et le soigné (UNIGE, s. d.).

D'autres CAS sur ces thématiques sont également dispensés en Suisse Romande, à savoir : le CAS de « migration et sociétés plurielles » délivré conjointement par la Haute école de santé de Suisse occidentale [HES-SO] et l'Université de Lausanne [UNIL] ainsi que le CAS en « santé mentale, migration et culture : évaluer et soigner » délivré par l'UNIGE.

Finalement, la formation en Pratique Infirmière Avancée [IPA] apporterait de nombreuses plus-values au sein d'une équipe de soins. Elle permettrait entre autres d'optimiser les soins centrés sur le patient tout en intégrant la famille ainsi que les proches et de perfectionner le sens clinique du soignant. Cette formation permet le développement de deux rôles, le Master ès Sciences en sciences infirmières [MScSI] qui permet à l'infirmier d'exercer le rôle d'Infirmier Clinicien spécialisé [ICLS] puis la Maîtrise Universitaire ès Sciences en pratique infirmière spécialisée [MScIPS] où l'infirmier exerce le rôle d'Infirmier praticien spécialisé [IPS]. De plus, le programme de doctorat en sciences infirmières [PhD] permet également le développement de la profession. Celui-ci a pour objectif de former des chercheurs afin de faire progresser les connaissances infirmières et de contribuer à la santé des individus, des familles et des communautés (UNIL, s. d., 2023a, 2023b).

Pour conclure, cette revue partielle de littérature a été menée avec enthousiasme et rigueur. Celle-ci évoque un sujet qui est une réalité dans tous les lieux et dans tous les domaines de soins elle est ainsi bénéfique pour tous les soignants durant leur parcours professionnel.

6. RÉFÉRENCES

- Ali, P. A., & Johnson, S. (2017). Speaking my patient's language: Bilingual nurses' perspective about provision of language concordant care to patients with limited English proficiency. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 421-432. <https://doi.org/10.1111/jan.13143>
- Ali, P. A., & Watson, R. (2018). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), e1152-e1160. <https://doi.org/10.1111/jocn.14204>
- Alm-Pfrunder, A. B., Falk, A.-C., Vicente, V., & Lindström, V. (2018). Prehospital emergency care nurses' strategies while caring for patients with limited Swedish-English proficiency. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3699-3705. <https://doi.org/10.1111/jocn.14484>
- Art. 25 de la déclaration universelle des droits de l'homme. (1948, décembre 10). https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/frn.pdf
- Association Suisse pour l'interprétariat & communautaire et la médiation interculturelle. (2021). *Statistiques des interventions en interprétariat communautaire et médiation interculturelle pour l'année 2020*. https://www.interpret.ch/admin/data/files/marginal_asset/file_fr/501/2020_einsatzstatistik_fr.pdf?lm=1619440069
- Bernard, A., Whitaker, M., Ray, M., Rockich, A., Barton-Baxter, M., Barnes, S. L., Boulanger, B., Tsuei, B., & Kearney, P. (2006). Impact of language barrier on acute care medical professionals is dependent upon role. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 22(6), 355-358. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2006.09.001>
- Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine CNE. (2017). *Migrants allophones et système de soins : Enjeux éthiques de l'interprétariat*

- communautaire. https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/fr/DEF_NEK_Stellungnahme_Migranten_A4_FR_web.pdf
- Connexion. (2020). <https://connexion.ch/>
- Croix-Rouge genevoise. (2017). *Service d'interprétariat communautaire*. <https://www.croix-rouge-ge.ch/nos-activites/personnes-migrantes/interpretariat-communautaire>
- Croix-Rouge genevoise. (2023). *Service d'interprétariat communautaire et de médiation interculturelle*. <https://www.croix-rouge-ge.ch/activites/personnes-migrantes/service-dinterpretariat-communautaire-et-de-mediation-interculturelle>
- Eklöf, N., Hupli, M., & Leino-Kilpi, H. (2015). Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 32(2), 143-150. <https://doi.org/10.1111/phn.12120>
- Estrada, R. D., Reynolds, J. F., & Hilfinger Messias, D. K. (2015). A conversation analysis of verbal interactions and social processes in interpreter-mediated primary care encounters. *Research in Nursing & Health*, 38(4), 278-288. <https://doi.org/10.1002/nur.21660>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*. (3e édition). Chenelière éducation.
- Global Migration Data Portal. (2021). *Total number of international migrants at mid-year 2020*. <https://www.migrationdataportal.org/international-data>
- Grimaldi, L. (2017). *Patricia Hudelson : Anthropologue médicale*. Pulsations - Hopitaux Universitaires de Genève. <https://pulsations.hug.ch/article/profession-anthropologue-medicale>
- Hadziabdic, E., Lundin, C., & Hjelm, K. (2015). Boundaries and conditions of interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare. *BMC Health Services Research*, 15, 458. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1124-5>

- Hudelson, P. (2019). *Communiquer avec les patients allophones*.
https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/aides_linguistiques_2019.pdf
- Interpret. (s. d.). Interpret. https://www.inter-pret.ch/fr/interpret/interpret_0-35.html
- La plateforme de publication du droit fédéral. (2005). *Loi fédérale du 16 décembre 2005 sur les étrangers et l'intégration (LEI)*.
<https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/758/fr>
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory* (2^e éd.). Jones & Bartlett Publishers.
- Marin, I., Farota-Romejko, I., Larchanché, S., & Kessar, Z. (2012). Soigner en langue étrangère. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 111(4), 11-19.
<https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2012-4-page-11.htm>
- McFarland, M. R. (2017). Theory of Culture Care Diversity and Universality. In M. R. Alligood (Ed), *Nursing Theorists and Their Work* (p. 339-358). Elsevier.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2014). *Leininger's Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. Jones & Bartlett Publishers.
- Office fédéral de la statistique. (2020). *Enquête sur la langue, la religion et la culture*.
 Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/14856800>
- Office fédéral de la statistique. (2021a). *Population résidente permanente issue de la migration, en 2020 [Cantons]*.
https://www.atlas.bfs.admin.ch/maps/13/fr/16395_10479_89_70/25580.html
- Office fédéral de la statistique. (2021b). *Population selon le statut migratoire*.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/nach-migrationsstatuts.html>
- Organisation internationale pour les migrations. (2021). *Termes clés de la migration*.
<https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>

- Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Promotion de la santé des réfugiés et des migrants*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_24-fr.pdf
- Origlia Ikhilor, P., Hasenberg, G., Kurth, E., Asefaw, F., Pehlke-Milde, J., & Cignacco, E. (2019). Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. *Journal of Advanced Nursing*, 75(10), 2200-2210. <https://doi.org/10.1111/jan.14093>
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2017). *La pensée infirmière*. Chenelière éducation.
- Pereira de Melo, L. (2013). The Sunrise Model: A Contribution to the Teaching of Nursing Consultation in Collective Health. *American Journal of Nursing Research*. <https://doi.org/DOL:10.12691/ajnr-1-1-3>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of Nursing Research: Appraising evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer.
- Salavati, D., Lindholm, F., & Drevenhorn, E. (2019). Interpreters in healthcare: Nursing perspectives. *Nursing*, 49(12), 60-63. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000604752.70125.66>
- Secrétariat d'Etat aux migrations. (2021). *Statistiques sur l'immigration : Les étrangers en Suisse*. <https://www.sem.admin.ch/dam/sem/fr/data/publiservice/statistik/auslaenderstatistik/monitor/2020/statistik-zuwanderung-2020-12-jahr.pdf.download.pdf/statistik-zuwanderung-2020-12-jahr-f.pdf>
- Secrétariat d'Etat aux migrations. (2020). *Politique suisse en matière d'intégration*. <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/integration-einbuergerung/integrationsfoerderung/politik.html>
- Secrétariat d'Etat aux migrations. (2023). *Statistiques des étrangers 2022*. <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-93093.html>

- Silvera-Tawil, D., Pocock, C., Bradford, D., Donnell, A., Harrap, K., Freyne, J., & Brinkmann, S. (2018). CALD Assist-Nursing: Improving communication in the absence of interpreters. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22), 4168-4178. <https://doi.org/10.1111/jocn.14604>
- Université de Genève. (s. d.). *CAS - Santé et diversités : Comprendre et pratiquer les approches transculturelles*. Consulté 20 mai 2023, à l'adresse <https://www.unige.ch/formcont/cours/sante-divers>
- Université de Lausanne. (s. d.). *PhD in Nursing Sciences*. Consulté 31 mai 2023, à l'adresse <https://www.unil.ch/ecoledoctoralefbm/nursingsciences>
- Université de Lausanne. (2023a). *Maîtrise universitaire ès Sciences en pratique infirmière spécialisée (MScIPS)*. <https://www.unil.ch/sciences-infirmieres/fr/home/menuinst/ecole/maitrise-universitaire-ips-mscips.html>
- Université de Lausanne. (2023b). *Master ès Sciences en sciences infirmières*. <https://www.unil.ch/formations/fr/home/menuinst/masters/sciences-infirmieres.html>
- Watts, K. J., Meiser, B., Zilliacus, E., Kaur, R., Taouk, M., Girgis, A., Butow, P., Kissane, D. W., Hale, S., Perry, A., Aranda, S. K., & Goldstein, D. (2018). Perspectives of oncology nurses and oncologists regarding barriers to working with patients from a minority background: Systemic issues and working with interpreters. *European Journal of Cancer Care*, 27(2), e12758. <https://doi.org/10.1111/ecc.12758>
- Wehbe-Alamah, H. B. (2015). Madeleine Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality. In M. Smith, & M. Parker (Eds), *Nursing Theories and Nursing Practice* (p. 303-319). F. A. Davis Company.

7. ANNEXES

7.1. Sunrise Enabler

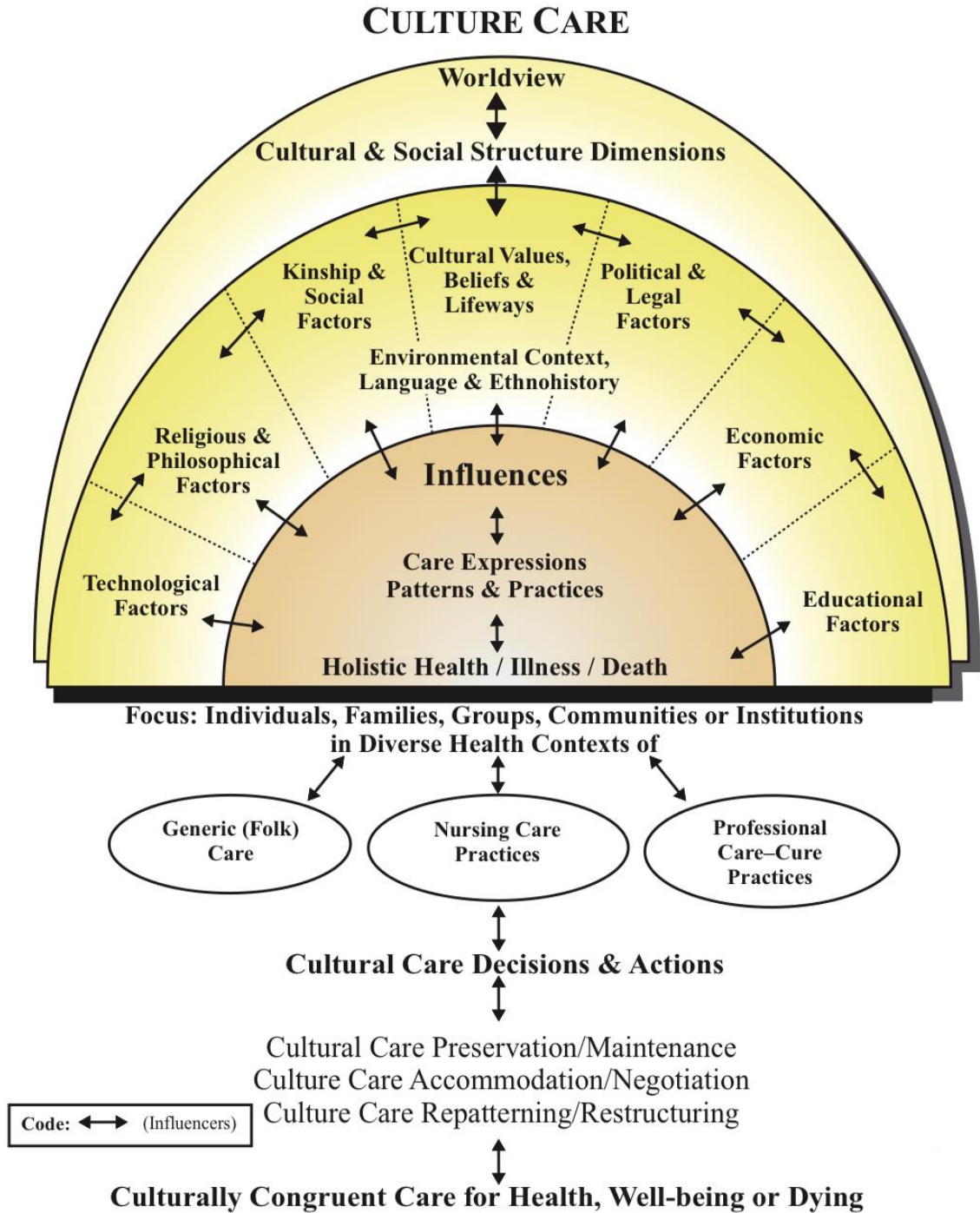


Figure 3 : Schéma « Sunrise Enabler » de la théorie de Leininger (Wehbe-Alamah, 2015).

7.2. Niveaux de preuve

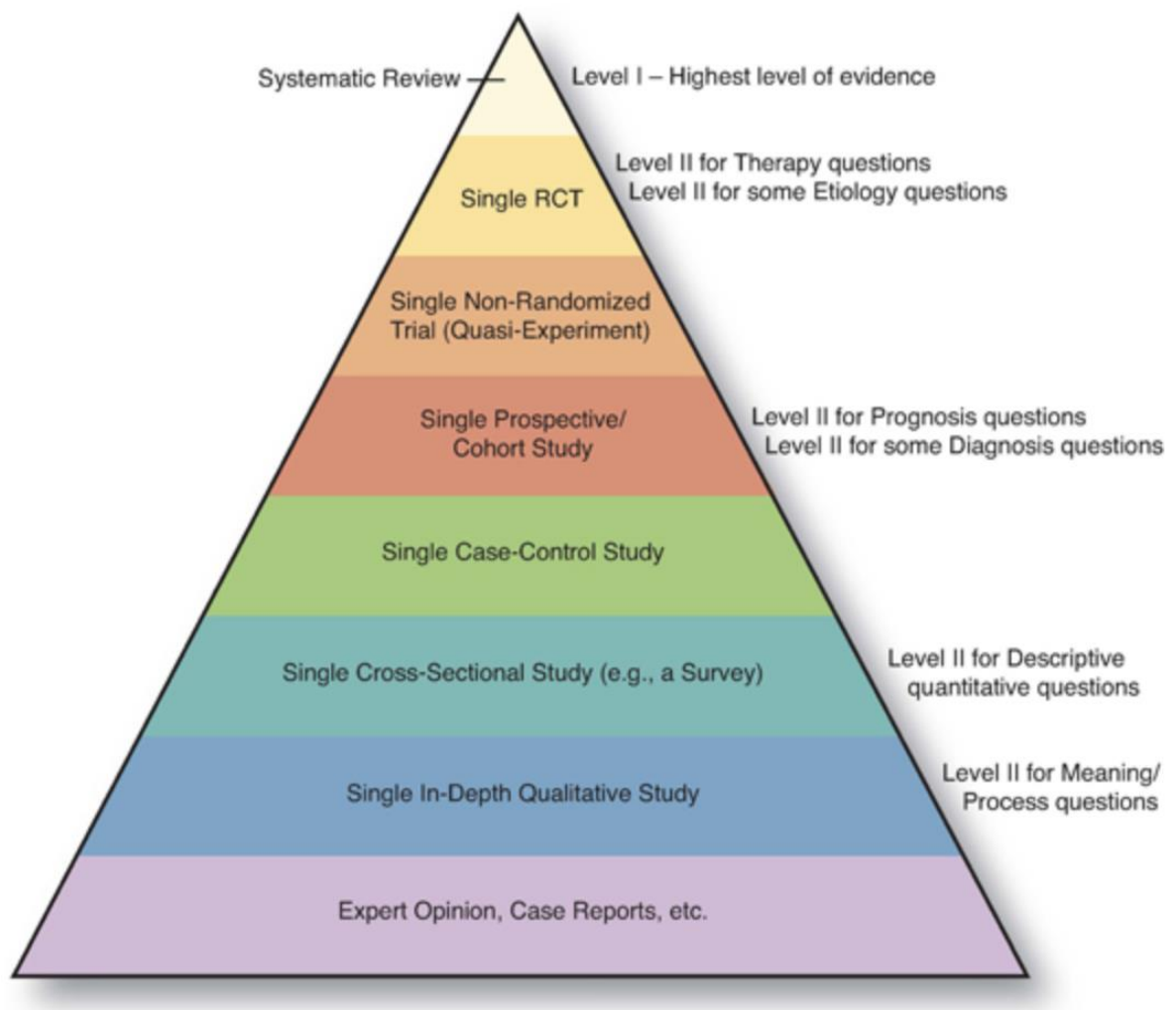


Figure 4 : Pyramide des niveaux de preuves (Polit & Beck, 2018, p.23)

7.3. Tableaux de synthèse de l'analyse critique des 9 articles retenus

Titre, auteur, année, pays.		Titre : « Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives » Auteurs : Ali Parveen Azam et Watson Roger Année : 2018 Pays : Angleterre, Royaume-Uni			
Population / Devis de l'étude	Objectif de l'étude	Méthode	Résultats	Limites de l'étude	Commentaires / Recommandations
Population : • Échantillonnage intentionnel et de boule de neige. • N = 59 infirmiers, dont 32 femmes et 27 hommes, travaillant dans divers hôpitaux de soins de courte durée. • Expérience professionnelle entre 2 à 23 ans. Devis de l'étude : Étude descriptive qualitative.	• Explorer l'impact sur la prestation de soins aux patients ayant une maîtrise limitée de l'anglais.	• Les données de l'étude ont été recueillies au moyen de 26 entretiens individuels et de trois discussions de groupes. • Avant la collecte de données réelle, deux entrevues pilotes avec des participants non participants à la recherche ont été menées. • Chaque entretien individuel a duré de 50 à 75 minutes, tandis que chaque discussion de groupe a duré 75 à 90 minutes.	• Identification de trois thèmes : « multi-ethnies et barrières linguistiques », « l'impact des barrières linguistiques » et « communication via des interprètes ». • Multi-ethnies et barrières linguistiques <ul style="list-style-type: none"> - La communication a été identifiée comme l'aspect le plus important de la prestation de soins. - Les barrières linguistiques ont été identifiées comme le plus grand obstacle à la prestation de soins adéquats, appropriés et efficaces. • Impact des barrières linguistiques <ul style="list-style-type: none"> - Les barrières linguistiques peuvent causer de nombreux problèmes tels que des rendez-vous manqués et/ou des difficultés à en organiser car les patients peuvent ne pas comprendre la raison de ceux-ci. - La barrière de la langue rend difficile la compréhension des instructions, des traitements ainsi que de leurs effets secondaires pendant les soins. • Communiquer via des interprètes	• L'étude a exploré la question des barrières linguistiques affectant les pratiques des infirmiers dans un pays anglophone, néanmoins, les conclusions de l'étude sont pertinentes pour l'ensemble de la communauté infirmière, quelle que soit l'emplacement géographique, car les barrières linguistiques	• Selon les participants, une compréhension de la barrière linguistique et de son impact peut aider les infirmiers à trouver un moyen de surmonter les défis de la barrière de la langue. • Avec l'avancement des technologies, les possibilités de gestion des barrières linguistiques se sont améliorées et il est nécessaire d'explorer

		<ul style="list-style-type: none"> • Selon les préférences du participant, des entretiens en face à face et par téléphone ont été menés. • Chaque entretiens et discussions de groupes ont été enregistrés numériquement et ont été transcrits mot pour mot par des transpositeurs indépendants. • Les données ont été analysées à l'aide d'une approche d'analyse thématique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les participants ont reconnu l'utilité des services d'interprétariat pour faire face aux barrières linguistiques. Cependant, la majorité des participants ont reconnu les limites associées à l'utilisation de ces services. - Il s'agit notamment des difficultés d'organisation, de la disponibilité et de l'accessibilité des services d'interprétariat. - Interrogés sur d'autres moyens de communication, les participants ont mentionné un membre du personnel ayant la capacité de parler la langue du patient. Cependant, un tel arrangement n'a pas toujours été possible. - Les participants ont mentionné que l'incapacité à organiser un rendez-vous avec des interprètes pourrait entraîner un retard dans la prestation des soins, ce qui entraînerait une augmentation de la durée du séjour du patient. - Les participants ont exprimé que lors d'une interprétation téléphonique, il est difficile pour de nombreux patients de comprendre les informations données. - Les participants ont souvent été confrontés à ce que les interprètes ne comprennent pas toujours la terminologie médicale et cela entraînait une mauvaise interprétation et une mauvaise communication de l'information au patient. 	peuvent affecter tout contexte clinique où les infirmiers et les patients n'utilisent pas la même langue pour communiquer.	comment celle-ci peut être utilisée pour réduire les barrières linguistiques.
--	--	---	--	--	---

Titre, auteur, année, pays.		Titre : « Speaking my patient's language: Bilingual nurses' perspective about provision of language concordant care to patients with limited English proficiency » Auteurs : Ali Parveen Azam et Johnson Stacy Année : 2017 Pays : Angleterre, Royaume-Uni			
Population / Devis de l'étude	Objectif de l'étude	Méthode	Résultats	Limites de l'étude	Commentaires / Recommandations
Population : • Échantillonage intentionnel et de boule de neige. • N = 59 infirmiers bilingues (32 femmes et 27 hommes) travaillant dans des hôpitaux. • L'expérience professionnelle des participants variait de 2 à 23 ans. Devis de l'étude : Étude descriptive qualitative et exploratoire.	• L'objectif de cette étude est d'explorer le point de vue des infirmiers bilingues sur les prestations de soins qui sont prodigués aux patients allophones.	• Deux entretiens pilotes avec des participants non liés à la recherche ont été menés pour déterminer la longueur et l'adéquation de la langue des questions de l'entrevue. • Les données ont été recueillies par le biais d'entrevues individuelles et de discussions de groupes à l'aide d'un guide d'entrevue semi-structuré. • Les 26 entretiens individuels ont	• Les résultats sont présentés en quatre thèmes: «quand nous parlons la même langue»; «quand je parle la langue de mon patient»; «ce qui facilite la prise en soins concordante linguistique» et «ce qui entrave la prise en soins concordante linguistique». • Quand nous parlons la même langue <ul style="list-style-type: none"> - Les participants se sentent à l'aise et confiants durant la prise en soins aux patients allophones lorsqu'ils parlaient la même langue, cela les aide à l'évaluation appropriée des besoins des patients. • Quand je parle la langue de mon patient <ul style="list-style-type: none"> - Les participants ont déclaré qu'en l'absence de protocoles organisationnelles claires la capacité à parler une autre langue entraîne une pression supplémentaire car l'équipe soignante peut abuser des compétences linguistiques de l'infirmier. L'infirmier se retrouve dans une position stressante et vulnérable car les compétences linguistiques le rend responsable de la bonne traduction. De plus, cela ne fait pas parti de leur description de leur rôle en conséquent leur charge de travail augmente. - Certains participants ont également déclaré que la communication avec les patients dans leur 	• L'utilisation d'un échantillonage de boules de neige peut avoir abouti à l'identification de participant ayant le même point de vue sur la question. • L'étude ne présente que la perspective des infirmiers bilingue, le point de vue des patients, des	• D'autres recherches doivent être menées pour explorer les expériences des patients en matière de communication par l'intermédiaire d'un interprète. • Créer des opportunités afin de permettre aux infirmiers de travailler dans un département où ils pourraient discuter et réfléchir à des questions liés à ce sujet. • Selon l'étude les compétences

		<p>duré entre 50 à 75 minutes et les trois discussions de groupe ont duré une moyenne de 75 à 90 minutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les interviews et les discussions de groupe ont été enregistrées et transcrites mot pour mot par des transpositeurs indépendants. • Chaque transcription a été lue et relue pour identifier les thèmes émergents. 	<p>langue pourrait entraîner le développement d'attentes irréalistes de la part des patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui facilite la prise en soins concordante linguistique <ul style="list-style-type: none"> - La majorité des participants ont déclaré que en général leurs collègues sont ouverts, solidaires et apprécient leur capacité à communiquer dans plus d'une langue. Ceux qui se sentaient bien soutenus et respectés par leurs collègues, étaient beaucoup plus à l'aise et disposés à fournir des soins concordants linguistiques. - Les participants ont souligné que les patients et la réaction positive de leur famille à la capacité de ceux-ci à communiquer dans leur langue encourageai les infirmiers à continuer. • Qu'est-ce qui entrave la prise en soins concordante linguistique <ul style="list-style-type: none"> - Les participants ont déclaré que certains patients se sentaient mal à l'aise de voir des infirmiers parler à d'autres patients dans une autre langue. - Les participants se sont exprimés sur le fait que certains collègues désapprouvent la communication dans des langues autres que l'anglais. - Certains participants ont mentionné avoir été interrogés ou découragés par leurs responsables hiérarchiques pour avoir parlé aux patients dans leur langue. 	<p>interprètes n'ont pas été exploré.</p>	<p>linguistiques des infirmiers bilingues devraient être valorisées.</p>
--	--	---	---	---	--

Titre, auteur, année, pays.		Titre : « Prehospital emergency care nurses' strategies while caring for patients with limited Swedish-English proficiency » Auteurs : Alm-Pfrunder Annika B., Falk Ann-Charlotte, Vicente Veronica et Lindström Veronica Année : 2018 Pays : Suède, Stockholm			
Population / Devis de l'étude	Objectif de l'étude	Méthode	Résultats	Limites de l'étude	Commentaires / Recommandations
Population : • Échantillonnage ciblé et de la technique de boule de neige. • N = 11 infirmiers participer à l'étude (6 hommes et 5 femmes). • Infirmiers travaillant dans les services ambulatoires, avec au moins un an d'expérience clinique dans le contexte des soins d'urgence.	• Explorer les stratégies des infirmiers travaillant dans un service ambulatoire auprès de patients ayant une maîtrise limitée du suédois et de l'anglais.	• Des entrevues en face à face ont été menées, chaque entretien a duré entre 30 et 45 minutes et ont été enregistré numériquement. • Tous les entretiens ont commencé par une question ouverte « Parlez-moi d'une situation où vous avez pris soin un patient dans l'ambulance, avec une maîtrise limitée du suédois-anglais. » • Une analyse de contenu qualitative conventionnelle a été utilisée pour l'analyse des entretiens transcrits. • La première partie de l'analyse a commencé par l'écoute et la transcription des interviews qui ont été	• La catégorie principale est décrites comme «l'adaptation à la situation de soins» et celle-ci regroupe quatre stratégies : «l'utilisation du langage corporel»; «l'évaluation structurées pour identifier les maladies médicales»; «l'utilisation de la voix pour créer une relation» et «l'utilisation des interprètes». • Utilisation du langage corporel - Les infirmiers ont souligné l'importance et le sens de l'utilisation de leur propre corps et de l'environnement pour créer un langage mutuel. Ils ont décrit le langage corporel comme un outil qu'ils disposaient pour évaluer les besoins des patients. • Évaluations structurées pour identifier les maladies médicales - En faisant une évaluation structurée des fonctions vitales des patients, les infirmiers se sont efforcés d'obtenir une évaluation sûre des patients sans avoir la possibilité d'acquérir une connaissance plus approfondie des symptômes, de la maladie et des antécédents médicaux des patients. Les infirmiers ont estimé que ce type d'évaluation nuisait aux aspects de soins,	• Deux des auteurs n'ont aucune connaissance contextuelle, et deux auteurs sont des infirmiers expérimentés dans le service ambulatoire. La connaissance contextuelle peut provoquer un biais dans l'analyse, mais les discussions entre tous les auteurs ont assuré la crédibilité de l'analyse. • La méthode boule de neige	

<p>Devis de l'étude : Etude qualitative.</p>		<p>menées par le premier auteur. La deuxième partie de l'analyse consistait à lire toutes les données, mot à mot, pour avoir une idée de l'ensemble et pour identifier les codes qui démontraient les stratégies utiliser par l'infirmier.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quatre stratégies différentes et une catégorie principale ont été identifiées. Pour atteindre la crédibilité de l'analyse, une co-évaluation a été menée par les auteurs, dans le but d'affiner les catégories principale afin de refléter avec précision les stratégies identifiées. 	<p>mais ils se sont adaptés à la situation et ont donné la priorité aux besoins médicaux des patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmiers ont également décrit l'utilisation de tous leurs sens humains comme une stratégie supplémentaire. Les sens ont été considérés comme une partie importante de l'évaluation. • Utiliser la voix pour créer une relation <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmiers ont décrit comment ils utilisaient leur propre voix. Ils ont ajusté le ton de la voix, dans le but de créer un sentiment de confiance et de sécurité. - Les infirmiers ont également décrit qu'ils s'étaient assis au même niveau que le patient, cela aide à créer la confiance dans la relation infirmier-patient. • Utilisation d'interprètes <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmiers ont ressenti un sentiment d'incertitude lorsqu'ils utilisaient un parent comme interprète. - Les infirmiers voulaient éviter d'utiliser les enfants comme interprètes, principalement en raison de leur vulnérabilité et leur jeune âge. - Les infirmiers ont souligné l'importance de pouvoir utiliser quelques mots dans les langues les plus courantes. Avoir la possibilité de travailler avec un collègue multilingue était considéré comme précieux. 	<p>a été utilisé pour inclure les informateurs, il peut y avoir un risque que les participants aient les mêmes points de vue sur les soins ambulatoires.</p>	
---	--	--	--	--	--

Titre, auteur, année, pays		Titre: « Interpreters in healthcare: Nursing perspectives » Auteurs : Salavati Dary, Lindholm Fanny, Drevenhor Eva Année : 2019 Pays : Suède			
Population / Devis de l'étude	Objectif de l'étude	Méthode	Résultats	Limites de l'étude	Commentaires / Recommandations
Population : • N=8 infirmières avec une expérience de collaboration avec des interprètes. • Les participantes étaient toutes des femmes et avaient travaillé comme infirmières entre 18 et 28 ans. Devis de l'étude : Étude descriptive qualitative	Explorer les expériences des infirmières quand elles bénéficient de l'intervention d'un interprète.	<ul style="list-style-type: none"> • Les données ont été recueillies par le biais d'entrevues semi-structurées. • Un guide d'entrevue a été élaboré, contenant une question principale : parlez-moi de vos expériences avec un interprète. • Les interviews ont été enregistrées et ont duré entre 27 et 46 minutes. • Les interviews ont été transcrites mot pour mot alors qu'elles étaient encore fraîches dans l'esprit des auteurs. • Les auteurs ont lu le texte de chaque interview à plusieurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Onze sous-catégories ont été fusionnées en trois catégories : l'influence, les défis et les stratégies des interprètes. • L'influence des interprètes : <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières ont noté que le fait de renoncer à l'utilisation d'interprètes augmentait le risque de perte d'informations importantes. - Dans l'ensemble, leurs expériences avec les interprètes étaient satisfaisantes, mais les niveaux de compétence des interprètes semblaient varier considérablement. - Les infirmières ont estimé que leur capacité à fournir des soins centrés sur la personne était affectée par le professionnalisme de leur interprète. • Les défis des interprètes : <ul style="list-style-type: none"> - Deux thèmes récurrents étaient l'insécurité et la frustration. L'insécurité était enracinée dans l'incertitude des infirmières quant à savoir si les patients comprenaient pleinement les informations fournies ; des frustrations ont émergé lorsque les infirmières collaboraient avec des interprètes moins compétents ou non professionnels. La dépendance à l'égard des interprètes pour fournir des soins était une source supplémentaire de frustration. 	<ul style="list-style-type: none"> • En raison de contraintes de temps, seules huit infirmières ont été recrutées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières participantes ont recommandé d'introduire l'éducation sur les services d'interprétariat dans les programmes d'études ou sur le lieu de travail.

		reprises pour avoir un aperçu du contenu.	<ul style="list-style-type: none"> - Les conversations par l'intermédiaire d'un interprète nécessitent plus de temps que celles avec les patients qui parlent la même langue. • Les stratégies des interprètes : <ul style="list-style-type: none"> - De parler à un rythme lent et permettre l'interprétation en faisant une pause et en parlant à tour de rôle était perçu comme bénéfique. Aussi, il a été recommandé de limiter le nombre de personnes dans la salle pour favoriser un environnement calme et accueillant afin d'améliorer la communication. - Le maintien d'un contact visuel tout au long de la conversation permet aux infirmières d'accorder toute leur attention au patient malgré la présence d'un interprète. - Les infirmières ont suggéré que la communication par l'intermédiaire d'un interprète est inévitable pour les professionnels de la santé. Dans certaines circonstances exceptionnelles telles que des rencontres courtes et spontanées, l'utilisation de parents comme interprètes a été jugée nécessaire. - Les infirmières interrogées ont mis l'accent sur l'utilisation d'interprètes professionnels pour s'assurer que toutes les informations étaient communiquées de manière précise et efficace. 		
--	--	---	---	--	--

Titre, auteur, année, pays.		Titre : « Boundaries and conditions of Interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare » Auteurs : Hadziabdic Emina, Lundin Christina et Hjelm Katarina Année: 2015 Pays: Suède			
Population / Devis de l'étude	Objectif de l'étude	Méthode	Résultats	Limites de l'étude	Commentaires / Recommandations
Population : • N = 33 personnes (31 femmes et 2 hommes) qui avaient une expérience du travail dans le domaine des soins de santé multilingues pour avec les personnes âgées. • Un échantillon intentionnel a été choisi pour assurer une variation maximale de l'âge, du sexe et des	• Cette étude examine les questions relatives à la communication et aux soins de santé en mettant particulièrement l'accent sur l'interprétation entre les professionnels de la santé et les patients de différents milieux ethniques et linguistiques.	• Les données ont été collectées par des entretiens individuels et par des groupes de discussion, à l'aide d'entretiens semi-structurés basés sur un guide d'entrevue. • 18 entretiens individuels et quatre groupes de discussion ont été menés sur leur lieu de travail. • La taille des groupes de discussion était de trois à quatre participants et ces groupes étaient assez homogène en termes de profession et de	• Cinq catégories ont émergé de l'analyse des entrevues : • Organisation de la pratique de l'interprétariat dans les soins de santé multilingues <ul style="list-style-type: none"> - La plupart des informateurs ont trouvé l'utilisation du service d'interprétariat professionnel inefficace en raison du manque de lignes directrices dans l'organisation sur la façon d'utiliser un interprète dans les soins de santé quotidiens des personnes âgées. - L'organisation de l'utilisation d'interprètes professionnels nécessitait une longue planification. • Organisation de la pratique de l'interprétariat dans le travail quotidien <ul style="list-style-type: none"> - Des interprètes professionnels ont été utilisés lors de entretiens prévues. En revanche, les membres de la famille et le personnel de santé bilingue ont été utilisés pendant les situations de soins de santé quotidiens et d'urgence. - Le personnel bilingue a été utilisé pour l'interprétation dans des situations de soins quotidiennes et pour des exigences imprévisibles à court terme. L'avantage de cela est la familiarité avec les tâches, les rôles et les routines du lieu de travail, cela a conduit à des sentiments de sécurité et de confiance. - La plupart des informateurs estimaient que les membres de la famille en tant qu'interprètes étaient un bon choix, car ils s'adaptaient aux routines existantes, aux 		• Les participants ont décrit deux stratégies : des interprètes professionnels ont été utilisés dans des situations concernant des questions médicales et des questions de planification des soins, et des interprètes non professionnels tels que le

<p>différentes professions de soins de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La méthode de la boule de neige a également été utilisée. Huit participants ont été recrutés de cette manière. <p>•Devis de l'étude : Étude exploratoire et descriptive</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif du projet est d'explorer les pratiques d'interprétation dans les soins de santé multilingues aux personnes âgées. 	<p>sexe, afin de promouvoir une dynamique de groupe confortable. Ces discussions de groupe ont duré environ 60 à 90 minutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les entretiens individuels ont duré environ 30 à 60 minutes. • Toutes les interviews ont été enregistrées et transcrites par un secrétaire professionnel, puis analysées. • L'analyse qualitative inductive du contenu a été utilisée pour analyser les entretiens individuels et les groupes de discussion. 	<p>méthodes de travail dans les soins. Dans certains cas, leur utilisation avait été associée à une interprétation plus médiocre en raison de l'influence émotionnelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le rôle de l'interprète professionnel dans la communication dans les soins de santé multilingues quotidiens <ul style="list-style-type: none"> - Le rôle d'interprète professionnel le plus couramment accepté était celui de transmettre mot à mot, assurant la compréhension et la confidentialité. - Les informateurs ont déclaré qu'il était important que les interprètes professionnels demandent aux professionnels de la santé de clarifier la terminologie, de paraphraser ou d'utiliser un langage simple s'ils ne comprenaient pas. • Pratiques de soins de santé et de communication <ul style="list-style-type: none"> - Le personnel de santé a trouvé que les soins étaient très chronophages, avec une charge de travail accrue, parce qu'ils ont utilisé le langage corporel pour communiquer et ils ont dû organiser différentes rencontres avec des interprètes afin de s'assurer que les personnes âgées ont bien compris. - La communication par l'intermédiaire d'un interprète a été considérée comme plus difficile. • Souhaits pour le développement futur de la pratique de l'interprétation dans les soins de santé multilingues <ul style="list-style-type: none"> - L'une des améliorations les plus fréquemment suggérées a été de rendre la documentation sur l'utilisation des interprètes, accessible et facile à comprendre. - Les informateurs ont aussi signalé un besoin d'une formation continue. 		<p>personnel de santé bilingue et les membres de la famille ont été utilisés dans les problèmes de soins quotidiens et pour des situations imprévisibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les participants soulignent la nécessité d'améliorer l'accessibilité aux interprètes.
--	--	---	--	--	---

Titre, auteur, année, pays.		Titre : « Perspectives of oncology nurses and oncologists regarding barriers to working with patients from a minority background: Systemic issues and working with interpreters » Auteurs : Watts K. J., Meiser B., Zilliacus E., Kaur R., Taouk M., Girgis A., Butow P., Kissane D. W., Hale S., Perry A., Aranda S. K., Goldstein D. Année: 2018 Pays: Australie			
Population / Devis de l'étude	Objectif de l'étude	Méthode	Résultats	Limites de l'étude	Commentaires / Recommandations
Population : • N = 38 professionnels de la santé en oncologie ont été recrutés • Douze médecins, cinq radiooncologues et 21 infirmiers. • Vingt-cinq des participants étaient des femmes et treize des hommes. • Treize participants sont nés à	• Cette étude vise à déterminer les obstacles rencontrés par les professionnels de la santé travaillant avec des patients allophones afin de guider le développement d'un programme de formation qui répondra aux compétences culturelles en communication.	• Les participants ont participé à une entrevue semi-structurée. • Vingt participants ont été interrogés individuellement, soit par téléphone (n = 19), soit en face à face (n = 1) et 18 ont participé à l'un des cinq groupes de discussion. • Les entretiens allaient de 20 à 60 minutes et les groupes de discussion allaient de 30 à 90 minutes. • Toutes les interviews ont été	• Les thèmes clés identifiés comprenaient : la barrière linguistique, le travail avec les interprètes, ainsi que les besoins et les préférences en matière de formation. • La barrière de la langue <ul style="list-style-type: none"> - Presque tous les participants ont décrit la barrière de la langue comme le défi le plus important. - La majorité a estimé que cela imposait des limites à la qualité des informations qu'ils étaient en mesure de transmettre, ainsi qu'à la profondeur à laquelle ils étaient en mesure d'explorer les besoins des patients. - Plusieurs participants ont explicitement mentionné la nécessité de documents manuscrits, tandis que d'autres ont suggéré des ressources en ligne avec des informations traduites dans la langue du patient. • Travailler avec des interprètes <ul style="list-style-type: none"> - Les défis se sont concentrés sur le manque d'accès aux services d'interprétariat - Les infirmiers ont déclaré que les entretiens nécessitaient plus de temps. - La majorité a exprimé son appréciation pour les services offerts par les interprètes, et un 	• Les groupes de discussion peuvent encourager l'expression de points de vue similaires.	• Ces résultats ne sont pas uniques au cadre du cancer et ont également été rapportés dans d'autres contextes. • L'amélioration des compétences de communication des soignants avec les interprètes, enrichiront la sensibilité culturelle de nos soins. • La disponibilité de documents écrits culturellement appropriés

<p>l'étranger, tandis que 25 sont nés en Australie.</p> <p>• Cinq participants ont indiqué que l'anglais n'était pas leur langue maternelle, et quatre parlaient une autre langue que l'anglais à la maison.</p> <p>Devis de l'Étude : Qualitative</p>		<p>enregistrés par audio et transcrites mot pour mot puis analysées de manière thématique.</p> <p>• La méthode constante-comparative de la théorie ancrée a été utilisée, elle consiste à coder des unités de sens (c'est-à-dire une réponse spécifique) et à les comparer pour identifier les thèmes récurrents et les catégories.</p>	<p>certain nombre de participants ont estimé que la présence d'un interprète avait un impact positif sur la consultation. Cependant, certains participants ont estimé que la présence d'un interprète modifiait l'interaction avec le patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les oncologues ont déclaré avoir besoin de simplifier l'information lorsque l'interprète était impliqué. - Les soignants ont exprimé leur inquiétude quant à l'exactitude de l'interprétation. - La plupart des participants ont déclaré avoir utilisé le service d'interprète téléphonique, mais la majorité a estimé qu'il était insuffisant. - Tous les professionnels de la santé ont déclaré avoir dû recourir à l'utilisation d'un membre de la famille pour interpréter lorsqu'un interprète professionnel n'était pas disponible. Cependant, un certain nombre de participants se sont dit préoccupés par l'exactitude des informations transmises. <p>• Besoins et préférences en matière de formation</p> <ul style="list-style-type: none"> - La majorité des participants ont indiqué qu'ils avaient très peu ou pas de formation sur les compétence culturelle. - Les participants pensaient que la compétence culturelle était une compétence qui devait être apprise « sur le lieu de travail ». - Plus de la moitié des participants ont suggéré une formation à la sensibilisation culturelle et sur le fait de poser des questions appropriées sur le contexte culturel. 		<p>devrait être pensée selon l'étude.</p>
---	--	---	---	--	---

Titre, auteur, année, pays.		Titre : « Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland » Auteurs : Eklöf Niina, Hupli Maija et Leino-Kilpi Helena Année : 2015 Pays : Finlande			
Population / Devis de l'étude	Objectif de l'étude	Méthode	Résultats	Limites de l'étude	Commentaires / Recommandations
Population : • Echantillonnage ciblé à partir d'une liste de courrier électronique d'infirmiers de santé publique responsables des problèmes d'immigrant. • Liste composée de 20 infirmiers de santé publique de 20 postes de soins de santé distincts. • Les infirmiers ont	• Explorer les perceptions des infirmiers sur les facteurs à prendre en compte lors de l'utilisation d'interprètes dans les soins infirmiers de santé primaires avec des patients allophones.	• La discussion a été guidée par la question suivante: Quels facteurs doivent être pris en compte lors de l'appel aux interprètes dans les soins de santé primaires des personnes allophones ? • Les entretiens ont duré en moyenne 60 minutes. • Toutes les interviews ont été enregistrées et transcrites. • Les données ont été collectées à	• L'analyse a révélé trois catégories principales : Les facteurs liés à l'interprète ; à l'infirmière et à l'organisation de soins de santé et pour finir aux patients et à leur culture. • Facteurs liés à l'interprète : <ul style="list-style-type: none"> - Les compétences linguistiques étaient difficiles à évaluer mais les infirmiers ont utilisé certains critères pour assurer l'exactitude de l'interprétariat. - Les infirmiers s'attendaient que l'interprète explique les différences culturelles pendant l'interprétation. Cela a été considéré comme ayant un effet positif sur l'atmosphère. D'autres infirmiers s'attendaient que l'interprète traduise le message, mot par mot, sans aucune explication. Cela a été considéré comme plus professionnel et digne de confiance. - Des caractéristiques positives telles que l'empathie, la délicatesse et l'objectivité ont été valorisées car elles ont eu un effet positif sur la relation entre l'infirmière, le patient et l'interprète. Des caractéristiques négatives telles qu'un fort tempérament, le manque d'expression, la nervosité, la monotonie ou la raideur ont été considérées comme perturbant la relation bien que le manque d'expression et la rigidité aient été considérés comme faisant partie du professionnalisme. • Facteurs liés à l'infirmière et à l'organisation de soins de santé : <ul style="list-style-type: none"> - L'accès au service d'interprétariat par téléphone était difficile et augmentait la charge de travail des 	• Cette étude n'a pas inclus l'interprétariat téléphonique.	• L'éducation formelle dans la formation infirmière augmenterait la sensibilisation aux facteurs liés à l'interprétariat et aiderait à accroître les connaissances et les compétences dans ce domaine. • Des recherches sont nécessaires pour comprendre l'influence de l'utilisation des interprètes sur l'éthique et la qualité des soins des personnes allophones.

<p>été contactées par lettre et 8 ont accepté de participer.</p> <p>• Ils avaient entre 4 et 12 ans d'expérience professionnelle.</p> <p>Devis de l'étude : Etude descriptive/ étude de cas.</p>		<p>l'aide d'entretiens individuels et analysés à l'aide d'une analyse de contenu inductif.</p> <p>• Les données ont ensuite été divisées en unités de signification (mots simples, phrases ou pensées) et condensées : les unités connexes ont été regroupées en sous-catégories, qui ont ensuite été combinées en catégories, en fonction de leur similitude.</p>	<p>soignants. La disponibilité de celle-ci était également problématique, en particulier dans les situations d'urgence.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le travail avec l'interprète nécessitait presque deux fois plus de temps que les rendez-vous sans interprète. - La bonne disposition des chaises à des distances égales entre le patient, l'infirmière et l'interprète formant un triangle favorise l'égalité entre ces trois personnes et met l'accent sur le rôle neutre de l'interprète également. <p>• Facteurs liés au patient et à la culture :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les patients voulaient utiliser les interprètes pour les aider à résoudre d'autres problèmes que les problèmes de soins de santé. - Les infirmières ressentaient que l'interprète était considéré comme un ami en raison de la langue et du contexte culturel partagés. Cependant, l'interprète peut se faire également sentir comme un étranger. - Les membres de la famille comme interprètes a été considérée comme une grande question éthique car elle peut créer des problèmes de vie privée et changer de rôle dans la famille, en particulier si les enfants sont utilisés comme interprètes. La famille n'était pas utilisée comme interprètes même si les patients le souhaitaient. - La protection de la vie privée des patients a été considérée comme difficile lors de l'utilisation d'un interprète, en raison des groupes ethniques et culturels relativement petits des immigrants. - Les infirmières ont augmenté la confidentialité et la vie privée en utilisant le même interprète avec le même patient quand cela était possible. 		
---	--	--	--	--	--

Titre, auteur, année, pays.		Titre : « Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals and intercultural interpreters » Auteurs: Origlia Ikhilor Paola, Hasenberg Gabriele, Kurth Elisabeth, Asefaw Fana, Pehlke-Milde Jessica et Cignacco Eva. Année: 2019 Pays: Suisse			
Population / Devis de l'étude	Objectif de l'étude	Méthode	Résultats	Limites de l'étude	Commentaires / Recommandations
Population : • Echantillon de commodité de 36 participants. • N = 22 professionnels de la santé, quatre interprètes interculturels et dix mères allophones ont participé à l'étude. • Les professionnels de santé étaient tous féminins et étaient composées de sage-femmes, d'infirmiers, d'obstétriciens, de pédiatres et	• Décrire les obstacles à la communication auxquels sont confrontées les femmes allophones dans les soins de maternité.	• En raison de difficultés de planification, les femmes de langue albanaise ont assisté à trois entretiens, deux simples et un double, menés par un chercheur et un traducteur albanais. • Les professionnelles de la santé ont été interrogées dans deux discussions de groupe et les interprètes interculturels ont eu un seul entretien chacune.	• L'analyse a révélé trois thèmes principaux : • Défi de comprendre le monde de l'autre <ul style="list-style-type: none"> - Pour les femmes allophones, il était difficile de « naviguer à travers le système complexe de soins de santé ». - Les circonstances actuelles et l'environnement social des femmes semblaient exercer une forte influence sur la communication. - Pour les patients, la famille représentait souvent la ressource la plus importante, les professionnels ont trouvé les parents parfois plus un handicap. Ils ont eu du mal à communiquer avec eux et les ont rarement pris comme ressource. • Obstacles à la communication <ul style="list-style-type: none"> - La barrière linguistique entre les soignants et les patientes a conduit à réduire la communication au strict minimum et donc à être insuffisante pour informer les femmes sur le traitement et répondre adéquatement à leurs attentes et à leurs besoins. - Les femmes se sont senties offensées si les procédures et les interventions étaient inadéquates ou non expliquées. Dans certains 	• L'échantillon des patients était relativement petit et limité à seulement deux groupes de population ayant des caractéristiques socioculturelles et des antécédents migratoires différents. Par conséquent, les conclusions sur les autres	• Le développement des compétences interculturelles peut aider à sensibiliser les professionnels à leur comportement et à leur discrimination involontaire. • Les établissements de soins pour les mères allophones doivent être plus flexibles et offrir des options de soins conformes aux valeurs culturelles des femmes. Il est alors

<p>de conseillers en maternité. La plupart étaient régulièrement impliqués dans les soins ou le traitement des mères et des familles allophones.</p> <p>• Les interprètes interculturels avaient tous au moins 1 an d'expérience dans la traduction sur place et par téléphone pour les femmes enceintes ou les jeunes mères.</p> <p>Devis de l'étude : Étude exploratoire qualitative.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Des enregistrements audio ont été faits de toutes les interviews et des notes de terrain ont été effectuées. • Les entretiens ont duré entre 40 et 60 minutes et les groupes de discussion entre 1 heure et 45 minutes et 2 heures. • L'analyse thématique a été réalisée avec le logiciel ATLAS.TI® 7.0. • Des réunions entre tous les chercheurs ont eu lieu pour discuter et se mettre d'accord sur les résultats émergents. 	<p>cas, à la suite d'une mauvaise expérience, les femmes ont évité d'autres consultations.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels de la santé ont utilisé à plusieurs reprises diverses formes de communication non verbale, telles que des images ou la communication avec des gestes. - Les interprètes interculturels ont souligné qu'il est important d'utiliser un langage simple et qu'il faut suffisamment de temps. - Dans certaines situations, les professionnels étaient incapables de comprendre les besoins et les attentes des femmes et se sont plutôt concentrés sur leur traitement. <p>• Services de santé imposés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans de nombreuses situations, les femmes ne comprenaient pas les raisons de l'intervention médicale, elles ne pouvaient donc pas donner leur consentement éclairé. Cela les a rendus impuissantes et inquiètes. - Tous les groupes interrogés, mais surtout les femmes en situation de migrations, ont constaté que « les services d'interprétation étaient indispensables » pour obtenir des soins de maternité appropriés. - Les situations d'urgence étaient particulièrement stressantes pour toutes les personnes impliquées. Les professionnelles étaient confrontées à un dilemme : ils devaient fournir des informations complètes et en même temps, ils devaient prendre des mesures thérapeutiques immédiates pour protéger la mère et l'enfant. 	<p>personnes allophones ne sont possibles que dans une mesure limitée.</p>	<p>recommandé que les lignes directrices soient contre-vérifiées pour voir si elles peuvent être adaptées.</p>
--	--	--	--	--	--

Titre, auteur, année, pays.		Titre : « CALD Assist - Nursing: Improving communication in the absence of interpreters » Auteurs: Silvera-Tawil David, Pocock Courtney, Bradford DanaKai, Donnell Andrea, Harrap Karen, Freyne Jill et Brinkmann Sally. Année : 2018 Pays: Australie			
Population / Devis de l'étude	Objectif de l'étude	Méthode	Résultats	Limites de l'étude	Commentaires / Recommandations
Population : • Aucun des participants n'avait déjà utilisé l'application CALD Assist. • 42 soignants et 43 patients issus de 10 milieux linguistiques différents, comprenant le vietnamien (n = 16), l'italien (n = 7), le macédonien (n = 6), le grec (n = 4) et l'espagnol (n = 2), ont été observés. Devis de l'étude :	• Le but de l'étude est de développer une application de communication pour soutenir le personnel infirmier lors de la prestation de soins standard aux patients allophones lorsqu'un interprète n'est pas disponible. • Se rendre compte des besoins infirmiers et	• Une récolte de données a été effectué auprès de 15 infirmiers à travers quatre groupes de discussion. Dix entretiens ont également été menés auprès de dix patients puis 85 séances d'observation des interactions quotidiennes entre le patient et le personnel soignant, suivies d'enquêtes auprès du personnel ont été réalisés. • Les groupes de discussion ont duré une heure et ont été enregistré. • Les six entretiens avec des patients ont duré environ 5 à 10 minutes et ont été menés avec un interprète. Toutes les interviews ont été enregistrées. • Les 85 séances ont été observées par un seul	• La nouvelle version de l'application CALD Assist sera étendue pour soutenir le personnel infirmier. • Groupes d'intérêt du personnel <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmiers ont identifié plusieurs catégories de communication pour lesquelles il serait utile d'avoir une communication assistée. Il s'agissait notamment de questions et d'images qui aideraient à : l'achèvement des protocoles administratifs ; l'obtention du consentement lors des soins ; la compréhension des besoins des patients et les des soins quotidiens. - Les participants ont fait remarquer que la communication avec les patients allophones est complexe et prend plus de temps, - Le manque de communication peut entraîner un retard de traitement et du stress et/ou de la frustration pour le patient et le personnel infirmier. - En plus des interprètes, les participants ont indiqué que l'aide est souvent demandée à des collègues qui parlent une autre langue ou la famille du patient pour aider à soutenir la communication et répondre aux besoins des patients. 		• L'introduction d'une nouvelle technologie dans un environnement hospitalier est complexe car les participants trouvent difficile de changer les comportements ou les pratiques établis. • Bien que les voix masculines et féminines aient été suggérées par un membre du personnel, la version actuelle comprend des voix d'interprètes employés par Western Health pour chaque langue. Les recherches

Étude mixte, principalement qualitative avec une petite composante quantitative.	apporter un développement aux contenus et aux fonctionnalités de l'application CALD Assit développé en 2014.	<p>chercheur pendant une période d'une heure par jour, trois à cinq fois par semaine. Les infirmiers ont été invités à répondre à trois questions « Dans quelle mesure évalueriez-vous vos interactions avec le patient aujourd'hui » sur une échelle Likert à cinq points; "Dans quelle mesure êtes-vous sûr que le patient a compris ce que vous disiez" sur la même échelle ; "Pouvez-vous identifier des phrases qu'il serait utile d'inclure dans l'application".</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données qualitatives des groupes de discussion, des entrevues et des observations ont été analysées avec la version 11 de NVivo, à l'aide d'une analyse de contenu thématique. • Les données quantitatives des observations et des enquêtes auprès du personnel ont été analysées avec la version 3 de Python, à l'aide de statistiques inférentielles. Le test t à échantillons indépendants a 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretiens avec les patients <ul style="list-style-type: none"> - Les difficultés à communiquer avec le personnel ont augmenté lorsque l'équipe a utilisé des termes techniques. • Données d'observation et enquête auprès du personnel <ul style="list-style-type: none"> - Un test t à échantillons indépendants a été effectué pour comparer les différences qui peuvent exister entre la longueur et le nombre d'interactions entre les patients et les infirmiers, sans différences significatives pour le nombre ($t[80] = 1,58$; $p = 0,12$) ou la longueur des interactions ($t[368] = -1.37$; $p = 0,17$). Il est précis que les résultats suggèrent que les infirmiers interagissent à peu près le même nombre de fois et pour la même durée avec les deux groupes de participants. - Des tests t supplémentaires d'échantillons indépendants ont été effectués pour comparer le niveau de confiance et de succès des interactions par le personnel infirmier et les patients. Les résultats suggèrent qu'il existe une différence significative à la fois dans la confiance du personnel dans le niveau de compréhension des patients ($t[80] = 7,49$; $p < 0,001$) et dans le succès de l'interaction ($t[80] = 5,69$; $p < 0,001$). C'est-à-dire que les interactions avec les patients anglophones ont été évaluées par le personnel infirmier comme ayant plus de succès et avec une plus grande confiance dans leur compréhension de leur communication par rapport aux 	futures examineront l'inclusion de voix masculine et féminine pour chaque langue.
--	--	---	---	---

		<p>été effectué pour comparer les différences des interactions entre le personnel et les patients.</p>	<p>interactions avec les patients non anglophones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Application de soins infirmiers <ul style="list-style-type: none"> - L'analyse des besoins des utilisateurs ont permis que la nouvelle application pour le personnel infirmier soit développée en tant qu'extension de l'application CALD Assist originale. Les soins infirmiers étant inclus en tant que nouvelle discipline. - Plusieurs améliorations de l'application ont pu être faites en ce qui concerne la fonctionnalité et le contenu. - Le personnel et les patients participants ont suggéré ensemble plus de 285 phrases à intégrer dans l'application CALD Assist. - Au total, 143 phrases différentes, subdivisées en 16 catégories, ont été identifiées pour l'inclusion dans une nouvelle catégorie des soins infirmiers dans l'application de CALD Assist. 		
--	--	--	--	--	--

7.4. Grilles de lecture COREQ

Titre et résumer	Titre : « Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives » Auteurs : Ali Parveen Azam et Watson Roger Pays : Angleterre, Royaume-Uni Année : 2018 Type d'étude : Étude descriptive qualitative	
No. Item	Description	Pages
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur / animateur	Ali Parveen Azam et Watson Roger	1152
2. Titres académiques	Ali Parveen Azam RN, MScN, PhD, SFHEA ; Watson Roger PhD, RN, FAAN	1152
3. Activité	Ali Parveen Azam : Infirmière, conférencière principale Watson Roger : Professeur en sciences infirmières	1152
4. Genre	Une femme et un homme	1152
5. Expérience et formation	Non mentionné	
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Non mentionné	
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Non mentionné	
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Non mentionné	
Domaine 2 : Conception de l'étude		

Cadre théorique		
9. Orientation métrologique et théorie	Non mentionné	
Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Échantillonnage intentionnel et de boule de neige	1154
11. Prise de contact	Les participants potentiels ont reçu une fiche d'information expliquant les objectifs et les procédures de l'étude. Le consentement éclairé a été obtenu de chaque participant avant l'entretien. La confidentialité et l'anonymat des participants ont été assurés.	1154
12. Taille de l'échantillon	59 infirmiers, dont 32 femmes et 27 hommes, travaillant dans divers hôpitaux de soins de soins de courte durée ont été sélectionnés.	1154
13. Non-participation	Non mentionné	
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Les entrevues individuelles ont été menées à un moment et à un endroit convenable pour le participant, tout en visant un environnement avec un minimum de perturbation. Selon les préférences du participant, des entretiens en face à face et par téléphone ont été menés. Le lieu de collecte de données n'est pas mentionné.	1154
15. Présence de non-participants	Avant la collecte de données réelle, deux entrevues pilotes avec des personnes non-participantes à la recherche ont été menées pour déterminer la longueur et l'adéquation de la langue des questions pour l'entrevue. À la suite de cet exercice, quelques modifications liées aux perceptions des participants sur les barrières linguistiques ont été identifiées et ajoutées au guide de l'entrevue. Les données recueillies lors des entretiens pilotes n'ont pas été utilisées dans l'analyse des données.	1154

16. Description de l'échantillon	Des infirmiers travaillant dans divers hôpitaux de soins de courte durée ont été sélectionnés. L'expérience professionnelle des participants s'est située entre 2 à 23 ans.	1154
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Un guide d'entrevue semi-structuré éclairé par les objectifs de l'étude et une revue de la littérature ont été utilisés. Chaque participant n'a contribué qu'à un seul type de collecte de données.	1154
18. Entretien répétés	Non mentionné	
19. Enseignement audio/visuel	Avec la permission du participant, chaque entretien et discussion de groupe ont été enregistrés numériquement. Les détails du cadre, le comportement non verbal du participant et toute interruption pendant l'entrevue ont été notés. Par la suite les interviews ont été transcrites mot pour mot par des transcripateurs indépendants.	1154 - 1155
20. Cahier de terrain	Un journal réflexif a été tenu tout au long de la collecte et de l'analyse des données pour aider le chercheur à prendre des notes sur les pensées et les réflexions personnelles pendant le processus de collecte et d'analyse des données.	1155
21. Durée	Chaque entretien individuel a duré de 50 à 75 minutes, tandis que chaque discussion de groupe a duré 75 à 90 minutes.	1154
22. Seuil de saturation	La collecte de données s'est arrêtée une fois la saturation atteinte.	1155
23. Retour des retranscriptions	Non mentionné	
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Non mentionné	

25. Description de l'arbre de codage	Tout d'abord, chaque ligne et phrase ont reçu un code. La liste initiale des codes a été élaborée pour six entretiens. Des codes similaires ont ensuite été regroupés en sous-thèmes et thèmes. Le processus a ensuite été appliqué au reste de l'entrevue et aux transcriptions des discussions de groupe. Les données de chaque transcription d'entrevue ont été comparées et contrastées avec les données d'autres transcriptions des entrevue et des discussions de groupe.	1155
26. Détermination des thèmes	Une analyse thématique des données a abouti à l'identification de trois thèmes : «Multi ethnies et barrières linguistiques», «l'impact des barrières linguistiques» et «communication via des interprètes»	1155
27. Logiciel	Non mentionné	
28. Vérification par les participants	À la suite d'une analyse préliminaire et de l'identification des thèmes, un atelier de consolidation et de vérification des résultats a été organisé pour la recherche impliquant 23 professionnels (des infirmiers, des représentants des ressources humaines et d'autres personnes responsables des questions liées à l'égalité et à la diversité dans diverses organisations du «National Health Service»).	1155
Rédaction		
29. Citations présentées	Des citations ont été mis en avant pour illustrer les thèmes rechercher : La confidentialité et l'anonymat des participants ont été assurés en utilisant des pseudonymes. • <u>Multi-ethnies et barrières linguistiques</u> « La communication est la plus grande partie de notre rôle. N'est-ce pas ? Et si vous ne pouvez pas communiquer avec votre patient, cela crée simplement beaucoup	1155 - 1157

	<p>de problèmes et affecte l'expérience des patients en matière de soins de la part des soignants comme les infirmiers. » (Joshua)</p> <p>« ...ces personnes qui n'ont pas appris à parler anglais ici ou dans leur pays d'origine, ... font face à de nombreuses barrières. » (Noreen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Impact des barrières linguistiques</u> <p>« Il y a beaucoup de personnes différentes qui viennent nous voir, elles ne peuvent pas vraiment parler anglais car ce n'est pas leur langue maternelle. Lorsque nous réservons les rendez-vous c'est assez difficile parce qu'il est plus difficile de communiquer avec eux. » (Alicia)</p> <p>« J'ai été dans des situations où les patients n'ont pas compris la raison du rendez-vous ou de l'intervention. » (Daniel)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Communiquer via des interprètes</u> <p>« la disponibilité du service d'interprétariat est limitée dans le temps et nous devons réserver l'interprète pour une heure ... de plus, ce n'est pas pratique car ils ne peuvent être organisés qu'à certaines heures de la journée. » (Noreen)</p> <p>« Il est difficile d'organiser un interprète même par téléphone pendant la nuit ou en dehors des heures de travail et cela rend souvent très difficile la communication avec le patient et nous devons trouver d'autres moyens de le faire. » (Ellie)</p> <p>« Je me souviens d'une situation où nous ne pouvions pas donner l'autorisation de sortie à un patient le jour même en raison de l'indisponibilité d'un interprète qui pouvait expliquer le processus de sortie et les instructions de soins à domicile. Le patient a donc dû rester à l'hôpital un autre jour. » (Anna)</p>	
--	---	--

	<p>« La communication par l'intermédiaire d'un interprète peut prendre beaucoup de temps. C'est encore plus compliqué lorsque le patient n'est pas pleinement conscient, comment pouvez-vous demander à un patient semi-conscient de parler à un interprète au téléphone ? » (Danny)</p> <p>« D'après mon expérience, il est beaucoup plus facile d'expliquer le processus [au patient] dans sa propre langue, en particulier pendant les procédures. Le pauvre patient est peut-être déjà anxieux et effrayé par la procédure qu'il subit et la communication par l'intermédiaire de l'interprète augmente le stress, mais je sais que ce n'est pas toujours possible. » (Roy)</p> <p>« À une occasion, nous avons eu un patient polonais qui est venu avec un interprète. Elle a été réservée pour la cystoscopie, mais son interprète lui a dit qu'elle allait faire de la gastroscopie. La patiente pensait que nous allions mettre l'appareil photo de sa bouche à son estomac. Mais bien sûr, ce n'était pas le cas. Je pense donc ... qu'ils devraient avoir une formation, en particulier pour certaines procédures spécifiques. » (Fakher)</p>	
30. Cohérence des données et des résultats	Les données récoltées lors des entretiens se retrouvent dans les résultats et permettent de mettre en évidence les thèmes sélectionnés.	1155 - 1157
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont été développés dans les résultats au travers des réponses données lors des entretiens.	1155 - 1157
32. Clarté des thèmes secondaires	Non mentionné	

Titre et résumer	Titre : « Speaking my patient's language: bilingual nurses' perspective about provision of language concordant care to patients with limited English proficiency » Auteurs : Ali Parveen Azam et Johnson Stacy Pays : Angleterre, Royaume-Unis Année : 2017 Type d'étude : Étude descriptive qualitative et exploratoire	
No. Item	Description	Pages
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur / animateur	Ali Parveen Azam et Johnson Stacy	421
2. Titres académiques	Ali Parveen Azam MScN PhD RN RM SFHRA et Johnson Stacy BSc. MSc. PGCHE RN	421
3. Activité	Ali Parveen Azam : Infirmière, conférencière principale Johnson Stacy : Assistante professeur	421
4. Genre	Un homme et une femme	421
5. Expérience et formation	Non mentionné	
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Non mentionné	
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Non mentionné	
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Non mentionné	
Domaine 2 : Conception de l'étude		

Cadre théorique		
9. Orientation métrologique et théorie	Non mentionné	
Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Les stratégies d'échantillonnage intentionnel et de boule de neige ont été utilisées.	424
11. Prise de contact	Par téléphone ou courriel selon la préférence du participant.	424
12. Taille de l'échantillon	59 infirmiers bilingues (32 femmes et 27 hommes) ont participé à cette étude.	425
13. Non-participation	Non mentionné	
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Les entretiens en face à face ou par téléphone ont été effectués. Les entretiens en face à face ont été menés sur le lieu de travail du participant ou dans un espace public près de son domicile ou de son travail.	424
15. Présence de non-participants	Avant l'étude, deux entretiens pilotes avec des participants non liés à la recherche ont été menés pour déterminer la longueur et l'adéquation de la langue des questions de l'entrevue.	424
16. Description de l'échantillon	Les infirmiers capables de communiquer dans une langue autre que l'anglais, étaient admissibles à participer à l'étude	424
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Les données ont été recueillies par le biais d'entrevues individuelles et de discussions de groupes. Les données ont été recueillies à l'aide d'un guide d'entrevue semi-structuré.	424
18. Entretien répétés	Non mentionné	
19. Enseignement audio/visuel	Les interviews et les groupes de discussions ont été enregistrées par audio.	424
20. Cahier de terrain	Un journal réflexif a été tenu tout au long de la collecte et de l'analyse des données.	424

21. Durée	Chaque entretien individuel a duré 50 à 75 minutes et les discussions de groupe ont duré de 75 à 90 minutes.	424
22. Seuil de saturation	Non mentionné.	
23. Retour des retranscriptions	A la suite d'une analyse préliminaire des données, un atelier de consolidation a été organisé. L'atelier a réuni 23 professionnels, dont des infirmiers, des représentants des ressources humaines et d'autres personnes responsables de ce sujet au sein de l'organisation.	424- 425
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Non mentionné	
25. Description de l'arbre de codage	Toutes les interviews et les groupes de discussion ont été transcrites mot pour mot par des transpositeurs indépendants. Une analyse thématique a été faite. Chaque transcription a été lue et relue pour identifier les thèmes émergents. Tout d'abord, chaque ligne et phrase a reçu un code. La liste initiale des codes a été élaborée pour six entretiens. Des codes similaires ont ensuite été regroupés en sous-thèmes et thèmes.	425
26. Détermination des thèmes	Les thèmes présents dans l'étude sont : « quand nous parlons la même langue » ; « quand je parle la langue de mon patient » ; « ce qui facilite la prise en soins concordante linguistique » et « ce qui entrave la prise en soins concordante linguistique »	425
27. Logiciel	Non mentionné	
28. Vérification par les participants	Les participants ont été encouragés à discuter de la pertinence des résultats pour la pratique, des moyens par lesquels les résultats de l'étude peuvent être utilisés	425

	pour améliorer les pratiques et les stratégies visant à surmonter les défis liés à la prise en soins des patients allophones. Les points de vue des participants ont facilité la consolidation des conclusions et des recommandations.	
Rédaction		
29. Citations présentées	<p>Des citations ont été mises en avant pour illustrer les thèmes rechercher :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>L'utilisation des compétences linguistique avec les patients allophones:</u> <p>« Je suis à l'aise de parler aux patients dans leur propre langue. Je pense que je peux mieux expliquer leurs soins. Ils se sentent très soulagés et cela améliore leur rétablissement » (Infirmier 5) ;</p> <p>« Je pense que la capacité d'une infirmier à communiquer avec le patient dans sa langue réduit l'anxiété du patient, car l'infirmier et le patient peuvent d'une manière ou d'une autre avoir une affiliation à la même culture, la même langue ou le même pays d'origine » (Participant 1- Discussion de groupe 2) ;</p> <p>« Je parle aux patients dans leur langue si je le peux. Les gens viennent du monde entier avec des cultures et des langues différentes, lorsque vous leur parlez dans leur langue, ils se sentent très rassurés et vous disent leurs problèmes et leurs besoins » (Infirmier 6) ;</p> <p>« Une fois, j'ai rencontré un patient indien qui parlait très bien anglais, mais qui voulait parler en hindi. Il avait environ 80 ans. Il m'a appelé et m'a demandé si je pouvais parler ourdou ou hindi et quand j'ai dit oui, il m'a demandé de m'asseoir avec lui. Il m'a tenu la main et a commencé à pleurer, il a dit qu'il se sentait seul et qu'il voulait juste que je sois là et que je lui parle en hindi parce que sa lui manquait de parler sa langue » (Participant 2 - Discussion de groupe1).</p>	426-427

	<p>• <u>L'impact de la communication concordante linguistique sur les infirmiers:</u></p> <p>« Parfois, il est difficile de terminer votre travail si vous allez interpréter pour un autre collègue. Nous sommes affectés de cinq à six patients et si vous êtes occupé, ce n'est pas possible » (Infirmier 10) ;</p> <p>« Si l'infirmier commençait à utiliser ses compétences linguistiques, il y a un risque que l'équipe en abuse en leur demandant d'interpréter pour les patients encore et encore et cela mettrait cet infirmier dans une position stressante » (Participant - Discussion de groupe 2) ;</p> <p>« Vous devenez plus responsable de la traduction et vous n'êtes pas payé pour cet emploi » (Infirmier 15) ;</p> <p>« Ils attendraient plus de vous lorsque vous leur parlez dans leur propre langue. Les patients essaient de vous engager dans leurs problèmes personnels ou de vous entraîner dans des discussions non pertinentes et de se plaindre » (Infirmier 10).</p> <p>• <u>Les points positifs de la communication concordante linguistique sur les infirmiers:</u></p> <p>« L'équipe multidisciplinaire apprécie mon service d'interprétation et tous les médecins, physiothérapeutes, orthophonistes et mes collègues infirmiers se sentent informés sur les besoins de santé des patients » (Infirmier 12) ;</p> <p>« Je trouve que de nombreux patients anglais me soutiennent et m'apprécient lorsque je parle au patient dans sa propre langue » (Infirmier 10)</p> <p>« Je me sens valorisé d'avoir pu aider les patients ainsi que mes collègues en utilisant mes compétences linguistiques » (Infirmier 6).</p> <p>• <u>Les obstacles à la prestation de soins concordants linguistiques:</u></p>	
--	---	--

	<p>« un patient nous dit, si vous ne parlez pas anglais, alors sortez et parlez ce que vous voulez » (Infirmier 2) ;</p> <p>« La majorité de nos collègues et d'autres patients, ne sont pas confortables. Beaucoup ont l'impression que lorsqu'un patient et moi-même parlons dans une autre langue, nous parlons probablement contre eux ou à leur sujet, ce qui n'est jamais le cas » (infirmier 21).</p>	
30. Cohérence des données et des résultats	Les données récoltées lors des entretiens se retrouvent dans les résultats et permettent de mettre en évidence les thèmes sélectionnés.	426-427
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont été développés dans les résultats au travers des réponses données lors des entretiens.	426-427
32. Clarté des thèmes secondaires	Non mentionné	

Titre et résumer	Titre : « Prehospital emergency care nurses' strategies while caring for patients with limited Swedish-English proficiency » Auteurs : Alm-Pfrunder Annika B., Falk Ann-Charlotte, Vicente Veronica et Lindström Veronica Pays : Suède, Stockholm Année: 2018 Type d'étude : Étude qualitative	
No. Item	Description	Pages
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur / animateur	Alm-Pfrunder Annika B., Falk Ann-Charlotte, Vicente Veronica et Lindström Veronica	3699
2. Titres académiques	Alm-Pfrunder Annika B. RN, MSc ; Falk Ann-Charlotte RN, CCN ; Vicente Veronica PhD, RN ; Lindström Veronica RN	3699
3. Activité	Ann-Charlotte Falk : Professeur assistant Veronica Lindström : Professeur assistant	3699
4. Genre	Quatre femmes	3699
5. Expérience et formation	Non mentionné	3699
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Non mentionné	
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Non mentionné	
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Non mentionné	

Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Orientation métrologique et théorie	Non mentionné	
Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Les participants ont été sélectionnés à l'aide d'un échantillonnage ciblé et de la technique de boule de neige.	3700
11. Prise de contact	Les infirmiers qui ont donné leur accord pour participer (n = 11) ont reçu des informations écrites par courrier électronique concernant l'objectif de l'étude.	3701
12. Taille de l'échantillon	17 infirmiers ont été invités à partager leurs expériences de soins aux patients ayant une compétence limitée en suédois-anglais et 11 ont accepté de participer.	3701
13. Non-participation	6 personnes n'ont pas participé. Les raisons n'ont pas été exprimées.	3701
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Les entretiens ont été menés en face à face, le lieu et l'heure ont été choisi par le participant.	3701
15. Présence de non-participants	Non mentionné	
16. Description de l'échantillon	Les critères d'inclusion étaient les infirmiers travaillant dans les services ambulatoires, avec au moins un an d'expérience clinique dans le contexte des soins d'urgence.	3701
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Les entrevues ont commencé par une question ouverte : « Parlez-moi d'une situation où vous avez pris soin d'un patient dans l'ambulance, avec une maîtrise limitée du suédois-anglais. »	3701
18. Entretien répétés	Non mentionné	

19. Enseignement audio/visuel	Chaque entretien a été enregistré numériquement et retranscrit.	3701
20. Cahier de terrain	Non mentionné	
21. Durée	Chaque entretien a duré entre 30 et 45 minutes (moyenne 35 minutes).	3701
22. Seuil de saturation	Non mentionné	
23. Retour des retranscriptions	Non mentionné	
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Non mentionné	
25. Description de l'arbre de codage	Une analyse de contenu qualitative conventionnelle a été utilisée pour l'analyse des entretiens transcrits. La première partie de l'analyse a commencé par l'écoute et la transcription des interviews qui ont été menées par le premier auteur. La deuxième partie de l'analyse consistait à lire toutes les données, mot à mot, pour avoir une idée de l'ensemble et pour identifier les codes qui démontraient les stratégies utiliser par l'infirmier. Les codes ont été marqués par couleur et comparés les uns aux autres en ce qui concerne les différences et les similitudes. Les clusters avec un contenu similaire ont été regroupés sous forme de catégories, puis rassemblés dans une feuille de calcul. Quatre stratégies différentes et une catégorie principale ont été identités.	3701
27. Logiciel	Non mentionné	
28. Vérification par les participants	Non mentionné	
Rédaction		
29. Citations présentées	Des citations ont été mis en avant pour illustrer les thèmes rechercher : • <u>Utilisation du langage corporel</u>	3702- 3703

	<p>"J'utilise des expressions faciales, je dis "aïe", je montre du doigt en même temps" (informateur 5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Evaluation structurées pour identifier les maladies médicales</u> <p>« Vous faites un examen de tout le corps simplement, vous sentez... vous serrez un peu et vous essayez de trouver ce que c'est... s'il y a une douleur, c'est peut-être le problème. Vous devez donc travailler comme si le patient était inconscient et s'il a mal... il grimace probablement si vous le serrez. C'est cependant difficile à déterminer ; il peut s'agir de nausées plutôt que de douleur lorsqu'il grimace.» (Informateur 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Utiliser la voix pour créer une relation</u> <p>« Alors je me suis assis... tous les autres dans la pièce étaient debout et le regardaient... alors je me suis assis au même niveau que lui... alors j'ai commencé à dire quelques mots en dahri, bonjour comment vas-tu ? Et il me regarde... à la fois surpris et soulagé... ». (Informateur 7)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Les infirmiers ont décrit comment ils utilisaient leur propre voix.</u> <p>« La gentillesse est un langage universel... La gentillesse peut se manifester de différentes manières, même si vous ne parlez pas la même langue. Vous pouvez vous parler sans comprendre les mots ; vous pouvez plutôt comprendre le ton amical... Je pense que nous ressentons la gentillesse comme quelque chose de confiant. » (Informateur 10)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Utilisation d'interprètes</u> <p>« Souvent, ils (les patients) ont un membre de leur famille qui peut généralement être appelé au téléphone et qui veut être utilisé comme interprète. Je demande alors</p>	
--	---	--

	qui c'est au téléphone et quelle relation ils ont. Mais il y a toujours un facteur d'incertitude ; vous ne savez pas s'ils traduisent ce que vous dites... vous ne savez pas s'ils traduisent ce que le membre de leur famille dit, et parfois vous ne comprenez pas non plus... mais c'est tout ce que vous avez... » (Informant 5)	
30. Cohérence des données et des résultats	Les résultats sont dans une certaine mesure cohérente avec les recherches antérieures sur les stratégies pour surmonter les barrières linguistiques	3702-3703
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont été développés dans les résultats au travers des réponses données lors des entretiens.	3702-3703
32. Clarté des thèmes secondaires	Non mentionné.	

Titre et résumer	Titre : « Interpreters in healthcare: Nursing perspectives » Auteurs : Salavati Darya, Lindholm Fanny et Drevenhorn Eva Pays : Suède Année : 2019 Type d'étude : Etude descriptive	
No. Item	Description	Pages
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur / animateur	Salavati Darya, Lindholm Fanny et Drevenhorn Eva	60
2. Titres académiques	Salavati, Darya BSc, RN ; Lindholm, Fanny BSc, RN ; Drevenhorn, Eva PhD	60
3. Activité	Salavati Darya : Infirmière en oncologie Lindholm Fanny : Infirmière en médecine Drevenhorn Eva : Conférencier principal	60
4. Genre	Trois femmes	60
5. Expérience et formation	Non mentionné	
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Non mentionné	
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Non mentionné	
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Non mentionné	
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		

9. Orientation métrologique et théorie	Non mentionné	
Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Non mentionné	
11. Prise de contact	Les infirmières ont été recrutées dans le centre de santé du sud de la Suède et elles ont reçu une lettre fournissant des informations sur l'étude.	61
12. Taille de l'échantillon	Huit infirmières	
13. Non-participation	Non mentionné	
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Chaque infirmière a choisi son lieu de travail respectif comme lieu de l'entretien et a donné son consentement écrit au préalable.	61
15. Présence de non-participants	Non mentionné	
16. Description de l'échantillon	Les participants doivent avoir exercer en tant qu'infirmières dans un cadre de soins de santé primaires pendant au moins deux ans, avec une expérience de l'utilisation d'interprètes.	61
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Les données ont été recueillies par le biais d'entretiens semi-structurés. Un guide d'entrevue a été élaboré, contenant une question principale : parlez-moi de vos expériences avec un interprète. Le guide a été testé dans le cadre d'une interview pilote, qui n'a pas été incluse dans les analyses, et révisé pour mieux refléter le domaine d'intérêt.	61
18. Entretien répétés	Non mentionné	
19. Enseignement audio/visuel	Les interviews ont été enregistrées par audio.	61
20. Cahier de terrain	Non mentionné	

21. Durée	Les interviews ont duré entre 27 et 46 minutes, avec une durée moyenne de 43 minutes.	61
22. Seuil de saturation	Non mentionné	
23. Retour des retranscriptions	Non mentionné	
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Non mentionné	
25. Description de l'arbre de codage	<p>Les interviews ont été transcrites mot pour mot alors qu'elles étaient encore fraîches dans l'esprit des auteurs. Cela a permis la conservation des informations et a aidé les intervieweurs à remplir tous les mots ou phrases inaudibles.</p> <p>L'analyse qualitative du contenu a été utilisée selon Graneheim et Lundman. Les auteurs ont lu le texte de chaque interview transcrite à plusieurs reprises pour avoir un aperçu du contenu. Des unités de signification ont été établies sur la base de phrases tirées des transcriptions, choisies pour refléter l'objectif de l'étude et codées pour refléter le contenu de l'unité. Les codes ayant un contenu similaire ont été regroupés en sous-catégories et rassemblés en trois catégories principales.</p>	61
26. Détermination des thèmes	11 sous-catégories ont été fusionnées en trois catégories : l'influence, les défis et les stratégies des interprètes.	61
27. Logiciel	Non mentionné	
28. Vérification par les participants	Non mentionné	
Rédaction		
29. Citations présentées	Pas de citation présente dans l'étude.	

30. Cohérence des données et des résultats	Chaque entrevue a été lue attentivement et déterminée pour atteindre l'objectif de l'étude de manière adéquate. Toutes les infirmières participantes étaient suffisamment expérimentées. L'exactitude a été assurée en réévaluant les catégories, les sous-catégories et le texte original de l'interview au cours de l'analyse. Une analyse supplémentaire a été effectuée séparément par les auteurs et recueillie pour parvenir à un consensus.	63
31. Clarté des thèmes principaux	L'exactitude a été assurée en réévaluant les catégories, les sous-catégories et le texte original de l'interview au cours de l'analyse et vérifiée.	63
32. Clarté des thèmes secondaires	Non mentionné	

Titre et résumer	Titre : « Boundaries and conditions of Interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare » Auteurs : Hadziabdic Emina, Lundin Christina et Hjelm Katarina Pays : Suède Année : 2015 Type d'étude : Etude descriptive et exploratoire	
No. Item	Description	Pages
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur / animateur	Hadziabdic Emina, Lundin Christina et Hjelm Katarina	1
2. Titres académiques	Non mentionné	
3. Activité	Non mentionné	
4. Genre	Trois femmes	1
5. Expérience et formation	Non mentionné	
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Non mentionné	
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Non mentionné	
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Non mentionné	
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		

9. Orientation métrologique et théorie	<p>La théorie de l'étude est situé dans les soins transculturels et dans la communication au sein d'un cadre institutionnel. Les soins transculturels soulignent la nécessité de fournir des soins en fonction des croyances, des pratiques et des valeurs culturelles d'un individu ou d'un groupe.</p> <p>L'approche transculturelle se concentre non seulement sur les points de vue culturels des patients, mais souligne également sur le fait que nous devons inclure les compréhensions culturelles intégrées dans les établissements médicaux afin de fournir des soins de santé culturellement congruents.</p>	2
Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Un échantillon intentionnel a été choisi pour assurer une variation maximale de l'âge, du sexe et des différentes professions de soins de santé avec des professionnels de la santé ayant une expérience de l'utilisation d'interprètes dans les soins de santé multilingues des personnes âgées. La méthode de la boule de neige a également été utilisée pour atteindre ceux qui n'avaient pas assisté aux réunions d'informations.	3
11. Prise de contact	Les responsables des différents établissements de soins de santé pour personnes âgées ont été contactés par téléphone par les auteurs, pour informer sur l'étude et obtenir l'autorisation de mise en œuvre.	3
12. Taille de l'échantillon	L'étude comprenait 33 personnes (31 femmes et 2 hommes).	4
13. Non-participation	Non mentionné	
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Les données ont été collectées entre octobre 2013 et mars 2014. Par des entretiens, individuelles et des groupes de discussion, avec un guide d'entrevue.	4

	Les 18 entretiens individuels et les quatre groupes de discussion ont été menés sur leur lieu de travail des participants. Toutes les interviews ont eu lieu dans des lieux isolés choisis par les participants.	
15. Présence de non-participants	Non mentionné	
16. Description de l'échantillon	Les participants devaient avoir une expérience de travail dans le domaine des soins de santé auprès de personnes âgées multilingues.	4
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Les principales questions de recherche pour l'étude étaient : Comment et quand l'interprétation devient-elle un problème dans les soins de santé multilingues aux personnes âgées ? ; Comment l'interprétation est-elle conceptualisée, par exemple, ce qui est censé être interprété ? ; Quelles sont les implications des différentes pratiques d'interprétation (telles que par téléphone, en personne, l'utilisation du personnel de santé familial ou bilingue) ? ; Quels sont les défis liés à l'interprétation pour améliorer l'égalité des soins de santé et la participation des patients ?	3
18. Entretien répétés	Non mentionné	
19. Enseignement audio/visuel	Toutes les interviews ont été enregistrées et transcrites par un secrétaire professionnel, puis analysées. Elles ont été lues à plusieurs reprises pour avoir une idée de l'ensemble. Les textes ont ensuite été divisés en unités textuelles plus petites. L'étape suivante consistait à rechercher des similitudes et des modèles pour développer des sous-catégories et des catégories à partir du contexte des entretiens.	4

20. Cahier de terrain	Le modérateur adjoint (CL, parfois EH) était présent pour prendre des notes d'observation détaillées.	4
21. Durée	Les groupes de discussions ont duré environ 60 à 90 minutes. Les entretiens individuels se sont déroulés de manière simple et fluide et ils ont duré environ 30 à 60 minutes.	4
22. Seuil de saturation	L'analyse des données a été poursuivie jusqu'à ce qu'aucune nouvelle information ne soit obtenue.	4
23. Retour des retranscriptions	Non mentionné	
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Non mentionné	
25. Description de l'arbre de codage	Toutes les données individuelles et de groupes de discussion ont été lues à plusieurs reprises pour avoir une idée de l'ensemble. Les catégories ont été développées, modifiées et affinées jusqu'à ce qu'un système acceptable soit reconnu.	4
26. Détermination des thèmes	Cinq catégories ont émergé de l'analyse des entrevues. « Organisation de la pratique de l'interprétariat dans les soins de santé multilingues » ; « Organisation de la pratique de l'interprétariat dans le travail quotidien » ; « Le rôle de l'interprète professionnel dans la communication dans les soins de santé multilingues quotidiens » ; « Pratiques de soins de santé et de communication » et « Souhaits pour le développement futur de la pratique de l'interprétation dans les soins de santé multilingues ».	5
27. Logiciel	Non mentionné	

28. Vérification par les participants	Non mentionné	
Rédaction		
29. Citations présentées	<p>Des citations ont été mis en avant pour illustrer les thèmes rechercher :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Organisation de la pratique de l'interprétariat dans les soins de santé multilingues</u> « il faut beaucoup de planification(avec des interprètes professionnels), il y a souvent des situations d'urgence ... c'est bien que nous ayons aussi du personnel qui parle bosniaque » (Participant 6). • <u>Organisation de la pratique de l'interprétariat dans le travail quotidien</u> « ... il faut un certain temps avant que l'interprète puisse arriver ici. Nous ne pouvons pas avoir cela dans notre travail quotidien » (Participant 2). « ... une personne complètement inconnue vient, et il peut y avoir des gens qui se sentent un peu mal à l'aise avec cela ... » (Participant 11). « Et puis aussi, quand il s'agit d'un membre de la famille, ils ne connaissent pas toujours la langue, donc il peut y avoir des erreurs. » (Participant 12). • <u>Le rôle de l'interprète professionnel dans la communication dans les soins de santé multilingues quotidiens</u> « L'interprète ne devrait pas réellement interférer dans la conversation, il devrait être à côté, il devrait juste être là avec ses mots, pas de gestes, pas d'opinions, mais devrait être le plus objectif possible afin que le dialogue se fasse entre le patient et le soignant » (Participant 15). • <u>Pratiques de soins de santé et de communication</u> 	5 - 9

	<p>« Il est plus difficile de parler via un interprète ... exige quelque chose de nous (personnel de soins) aussi, parce que cela prend beaucoup plus de temps et que vous ne pouvez pas dire grand-chose ... à la fois ... alors vous devez trouver un moyen plus simple d'expliquer » (Participant 4).</p> <p>• <u>Souhaits pour le développement futur de la pratique de l'interprétation dans les soins de santé multilingues</u></p> <p>« ... que vous adoptiez cette politique à l'activité dans de tels cas afin qu'elle soit facilement accessible et facile à comprendre » (Participant 9).</p> <p>« ... qu'ils (interprètes professionnels) devraient interpréter mot pour mot ce qui est réellement dit » (Participant 5).</p>	
30. Cohérence des données et des résultats	Les données récoltées lors des entretiens se retrouvent dans les résultats et permettent de mettre en évidence les thèmes sélectionnés.	5 - 9
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont été développés dans les résultats au travers des réponses données lors des entretiens.	5 - 9
32. Clarté des thèmes secondaires	Non mentionné	

Titre et résumer	Titre : « Perspectives of oncology nurses and oncologists regarding barriers to working with patients from a minority background: Systemic issues and working with interpreters » Auteurs : Watts K. J., Meiser B., Zilliacus E., Kaur R., Taouk M., Girgis A., Butow P., Kissane D. W., Hale S., Perry A., Aranda S. K., Goldstein D. Pays : Australie Année : 2018 Type d'étude : Qualitative	
No. Item	Description	Pages
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur / animateur	Watts K. J., Meiser B., Zilliacus E., Kaur R., Taouk M., Girgis A., Butow P., Kissane D. W., Hale S., Perry A., Aranda S. K., Goldstein D.	1
2. Titres académiques	Watts K. J. PhD, Meiser B. PhD, Zilliacus E. PhD, Kaur R. MHM, Taouk M. PhD, Girgis A. PhD, Butow P. PhD, Kissane D. W. FRANZCP, FACHPM, Hale S. PhD, Perry A. PhD, Aranda S. K. PhD, Goldstein D. FRACP, FRCP	1
3. Activité	Watts K. J. : Associé de recherche Meiser B. : Chercheur principal Zilliacus E. : Associé de recherche Kaur R. : Associé de recherche Taouk M. : Assistant de recherche Girgis A. : Directeur du groupe de recherche en psycho-oncologie Butow P. : Chercheur principal Kissane D. W. : Professeur de psychiatrie	1

	Hale S. : Professeur d'interprétation et de traduction Perry A. : Directeur Aranda S. K. : Directeur général Goldstein D.: Oncologue médical	
4. Genre	Non mentionné	
5. Expérience et formation	Non mentionné	
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Non mentionné	
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Non mentionné	
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Non mentionné	
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Orientation métrologique et théorie	Non mentionné	
Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Non mentionné	
11. Prise de contact	Les infirmiers en oncologie, les oncologues médicaux et les radiooncologues qui travaillaient cliniquement avec des patients atteints de cancer dans trois hôpitaux universitaires australiens ont été invités à participer par courrier électronique.	2
12. Taille de l'échantillon	38 professionnels de santé ont été recrutés. 12 médecins, cinq radiooncologues et 21 infirmiers ont été invités à participer à cette étude. 25 des participants étaient des femmes et 13 des hommes. 13 participants sont nés à l'étranger, tandis que 25 sont nés en Australie. Cinq participants ont indiqué	1 - 3

	que l'anglais n'était pas leur langue maternelle, et quatre parlaient une autre langue que l'anglais à la maison.	
13. Non-participation	Non mentionné	
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Les personnes ont participé à une entrevue semi-structurée menée par téléphone ou en face à face. Le lieu de leur déroulement n'est pas mentionné.	3
15. Présence de non-participants	Non mentionné	
16. Description de l'échantillon	Les participants sont des professionnels de la santé en oncologie qui travaillent avec des patients allophones.	1
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Un calendrier d'entrevue a été utilisé pour guider les entrevues et les groupes de discussion. Le guide d'entrevue pour les groupes de discussion comprenait des questions pour susciter des points de vue contrastés. Les questions ont exploré les perceptions de l'impact de la barrière linguistique, les expériences de travail avec les interprètes et les besoins et préférences en matière de formation.	3
18. Entretien répétés	Non mentionné	
19. Enseignement audio/visuel	Toutes les interviews ont été enregistrés par audio et transcrites mot pour mot.	2
20. Cahier de terrain	Non mentionné	
21. Durée	Les entretiens allaient de 20 à 60 minutes et les groupes de discussion allaient de 30 à 90 minutes.	3

22. Seuil de saturation	Le recrutement s'est poursuivi jusqu'à ce que la redondance informationnelle soit atteinte.	3
23. Retour des retranscriptions	Non mentionné	
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Non mentionné	
25. Description de l'arbre de codage	La méthode constante-comparative de la théorie ancrée a été utilisée, elle consiste à coder des unités de sens et à les contraster pour identifier les thèmes récurrents et les catégories. Deux transcriptions ont été sélectionnées au début du processus de codage et ont été codées par les d'auteurs pour comparer les schémas de codage et assurer un accord inter-codage, puis le premier auteur a continué à coder les transcriptions restantes.	4
26. Détermination des thèmes	Les thèmes clés identifiés comprenaient : La barrière de la langue ; le travail avec des interprètes, ainsi que les besoins et préférences en matière de formation.	4
27. Logiciel	Un auteur a codé les transcriptions à l'aide du logiciel d'analyse qualitative des données QSR NVivo9.	4
28. Vérification par les participants	Non mentionné	
Rédaction		
29. Citations présentées	Des citations ont été mis en avant pour illustrer les thèmes rechercher : • <u>La barrière linguistique</u> « Je lui ai dit les effets secondaires, mais je ne me suis pas attardé sur chacun d'eux en détail... cela semblait juste trop d'informations, donc c'était un changement que	3 - 6

	<p>j'ai fait que je n'aurais probablement pas fait s'il avait parlé anglais. » (Participant 27)</p> <p>« Je veux dire que nous faisons de notre mieux, mais souvent en raison des limitations mentionnées précédemment, il n'est tout simplement pas possible pour tout le monde d'obtenir le même niveau d'information » (Participant 4)</p> <p>• <u>Le travail avec les interprètes</u></p> <p>« Des scénarios où l'interprète a caché des informations parce qu'il pensait que cela pourrait nuire au patient ou le blesser. Cela présente évidemment un défi » (Participant 7)</p> <p>« Vous devez simplifier les choses pour que l'interprète transmette ensuite au patient, donc il est difficile de parler d'idée de type abstraites, donc j'essaie de simplifier l'échange autant que possible » (Participant 3)</p>	
30. Cohérence des données et des résultats	Les données récoltées lors des entretiens et groupe de discussion se retrouvent dans les résultats et permettent de mettre en évidence les thèmes sélectionnés.	3 - 6
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont été développés dans les résultats au travers des réponses données lors des entretiens et groupes de discussion. Les thèmes des groupes de discussion étaient similaires à ceux obtenus lors d'entretiens individuels.	3 - 6
32. Clarté des thèmes secondaires	Non mentionné	

Titre et résumer	Titre : «Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland » Auteurs : Eklöf Niina, Hupli Maija et Leino-Kilpi Helena Pays : Finlande Année : 2015 Type d'étude : Étude qualitative/ étude de cas	
No. Item	Description	Pages
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur / animateur	Eklöf Niina, Hupli Maija et Leino-Kilpi Helena	143
2. Titres académiques	Eklöf Niina M.N.Sc., R.N., Ph.D.; Hupli Maija Ph.D., R.N., Leino-Kilpi Helena Ph.D., R.N.	143
3. Activité	Non mentionné	
4. Genre	Trois femmes	145
5. Expérience et formation	Non mentionné	
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Non mentionné	
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Non mentionné	
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Non mentionné	
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Orientation métrologique et théorie		

Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Les participants ont été sélectionnés par un échantillonnage ciblé	145
11. Prise de contact	Les participants ont été contacté par lettre.	145
12. Taille de l'échantillon	8 participants ont été inclus dans l'étude.	145
13. Non-participation	12 personnes n'ont pas voulu participer à la recherche. Les raisons n'ont pas été mentionnées.	145
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Les entrevues ont été menées dans un environnement calme. Le lieu de collecte de données n'est pas mentionné.	145
15. Présence de non-participants	Non mentionné	
16. Description de l'échantillon	L'étude est mené dans une ville du sud de la Finlande, dans un centre de soins de santé, l'échantillonnage est formé de femmes qui travaillent dans des postes de santé pendant une moyenne de 8 ans (de 4 à 12 ans)	145
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	L'entretien a été guidée par la question suivante : Quels facteurs doivent être pris en compte lors de l'utilisation d'interprètes dans les soins de santé primaires des immigrants ? Les entretiens se sont déroulés en fonction des facteurs soulevés par les participants.	145
18. Entretien répétés	Non mentionné	
19. Enseignement audio/visuel	Toutes les interviews ont été enregistrées et transcrites.	145
20. Cahier de terrain	Non mentionné	
21. Durée	Les entretiens individuels ont duré en moyenne 60 minutes.	145
22. Seuil de saturation	Non mentionné	

23. Retour des retranscriptions	Non mentionné	
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Non mentionné	
25. Description de l'arbre de codage	Les données ont été divisées en unités de signification (mots simples, phrases ou pensées) et condensées : les unités connexes ont été regroupées en sous-catégories, qui ont ensuite été combinées en catégories, en fonction de leur similitude. Quatre arbres de codage ont été réalisés. Le premier représente les facteurs liés avec l'utilisation des interprètes. Les trois autres sont réalisés en fonction du premier tableau par catégories de thèmes principaux ressortis.	145
26. Détermination des thèmes	Les thèmes ont été définis à partir des données collectées. Trois thèmes principaux sont ressortis : Facteurs liés à l'interprète ; Facteurs liés à l'infirmière et à l'organisation de soins de santé ; Facteurs liés aux patients et à leur culture.	145
27. Logiciel	Non mentionné	
28. Vérification par les participants	Non mentionné	
Rédaction		
29. Citations présentées	Des citations ont été mis en avant pour illustrer les thèmes recherchés : <ul style="list-style-type: none"> • <u>La mauvaise disponibilité d'interprètes</u> : « Parfois, je passe 30 minutes au téléphone, juste pour entrer en contact avec le service d'interprète... Puis ils me disent que je ne peux pas avoir le même interprète... » (Participant 3). • <u>Les patients dirigent leur discours vers l'interprète et non à l'infirmier</u> : 	147-148.

	<p>« J'essaie de regarder le patient quand je lui parle, l'interprète ne fait que traduire le message, mais tout le reste est entre moi et le patient. Les patients parlent parfois à l'interprète, pas à moi » (Participant 5).</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>La relation étroite entre le patient et l'interprète</u> : « Parfois, j'ai l'impression qu'ils (le patient et l'interprète) sont comme des amis là-bas, et je devrais parler au patient, mais ils se parlent juste. Je suis comme un étranger alors » (Participant 6). • <u>La protection de la vie privée des patients</u> : « Je sais que je devrais leur faire confiance (interprètes), ce sont des professionnels, mais les groupes ethniques sont si petits, et tout le monde connaît tout le monde... » (Participant 1) « Là, il/elle (patient) est assis comme en procès, parlant à des inconnus de sa vie personnelle » (Participant 3). • <u>Les souhaits des patients concernant le genre de l'interprète lié à la culture</u> : « Les femmes somaliens préfèrent les femmes interprètes » (Participant 3). • <u>L'inclusion des membres de la famille comme interprète</u> : « Je ne veux pas que l'enfant prenne la responsabilité de ses parents en interprétant pour moi » (Participant 8). 	
30. Cohérence des données et des résultats	Les données récoltées lors des entretiens se retrouvent dans les résultats et permettent de mettre en évidence les thèmes sélectionnés.	147-148
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont été développés dans les résultats au travers des réponses données lors des entretiens.	147-148
32. Clarté des thèmes secondaires	Non mentionné	

Titre et résumer	Titre : « Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals and intercultural interpreters » Auteurs: Origlia Ikhilora Paola, Hasenberg Gabriele, Kurth Elisabeth, Asefaw Fana, Pehlke Milde Jessica et Cignacco Eva. Pays : Suisse, région germanophone Année : 2019 Type d'étude : Etude exploratoire qualitative	
No. Item	Description	Pages
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur / animateur	Origlia Ikhilora Paola, Hasenberg Gabriele, Kurth Elisabeth, Asefaw Fana, Pehlke Milde Jessica et Cignacco Eva.	2200
2. Titres académiques	Origlia Ikhilora Paola MSc, RM ; Hasenberg Gabriele MSc, RM ; Kurth Elisabeth PhD, RM ; Asefaw Fana MD ; Pehlke-Milde Jessica PhD, RM ; Cignacco Eva PD, PhD, RM	2200
3. Activité	Origlia Ikhilora Paola : Chargé de cours, chercheur Hasenberg Gabriele : Chargé de cours, chercheur Kurth Elisabeth : Directeur, chercheur Asefaw Fana : Spécialiste en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescents Pehlke-Milde Jessica : Responsable de la recherche et du développement Cignacco Eva : Responsable de la recherche et du développement en sage-femme	2200
4. Genre	5 femmes	2200
5. Expérience et formation	Non mentionné	

Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Non mentionné	
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Non mentionné	
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Non mentionné	
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Orientation métrologique et théorie	Non mentionné	
Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Un échantillonnage de commodité a été utilisé pour recruter les participants.	2202
11. Prise de contact	Toutes les femmes érythréennes ont été recrutées par l'intermédiaire d'une seule personne qui a également été impliquée en tant qu'interprète interculturelle dans la consultation obstétricale de certaines d'entre elles. Pour les professionnels de santé et les interprètes, il n'y a rien qui a été mentionné.	
12. Taille de l'échantillon	Un échantillon de commodité de 36 participants a été recruté dans la région germanophone de la Suisse. 22 professionnels de la santé et quatre interprètes interculturels ont participé à l'étude. Les professionnels de santé étaient tous des femmes et étaient composées de sage-femmes, d'infirmiers, d'obstétriciens, de pédiatres et de conseillères en maternité. La moitié d'entre elles avaient une qualification formelle pour les compétences transculturelles. La plupart étaient régulièrement impliqués dans les soins ou le traitement des mères et des familles allophones.	2202

	<p>Les interprètes interculturels étaient deux érythréens, une albanaise et une femme suisse. Ils avaient tous au moins 1 an d'expérience dans la traduction sur place et par téléphone pour les femmes enceintes ou les jeunes mères.</p> <p>L'échantillon des patients était composé de 6 mères érythréennes, une albanaise et 3 mères kosovares. La moitié des femmes comprenait des phrases simples en allemand, l'autre moitié seulement quelques mots ou pas du tout l'allemand.</p>	
13. Non-participation	Non mentionné	
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Non mentionné	
15. Présence de non-participants	La discussion de groupe a été observé par des chercheurs assistés et par un traducteur qui sont restés en arrière-plan.	2202
16. Description de l'échantillon	L'échantillonnage s'est fait sur l'accès des femmes migrantes allophones durant les soins en maternité. Les femmes présentant des complications graves au cours de leur dernière grossesse, accouchement ou post-partum n'étaient pas admissibles à participer à l'étude.	2202
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Non mentionné	
18. Entretien répétés	En raison de difficultés de planification, les femmes de langue albanaise ont assisté à trois entretiens, deux simples et un double, menés par un chercheur et un traducteur albanais. Les professionnels de la santé ont été interrogés dans deux discussion de groupe également.	2202
19. Enseignement audio/visuel	Les entretiens ont été enregistrés par audio puis ont été transcrits directement.	2202

20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont été faites immédiatement après les interviews par les chercheurs.	2202
21. Durée	Les entretiens ont duré entre 40 et 60 minutes et les discussions de groupe entre 45 minutes et 2 heures.	2202
22. Seuil de saturation	Non mentionné	
23. Retour des retranscriptions	Après chaque entretien, les participants ont reçu une vérification des thèmes sous la forme d'un résumé verbal des points discutés pour confirmer et corriger leurs déclarations. Des réunions entre tous les chercheurs ont eu lieu pour discuter et se mettre d'accord sur les résultats émergents.	2202- 2203
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Deux chercheurs ont codé les interviews et créé des thèmes.	2202
25. Description de l'arbre de codage	Deux chercheurs ont codé les interviews et créé des thèmes. L'analyse thématique a ensuite été réalisée avec le logiciel ATLAS.TI® 7.0.	2202
26. Détermination des thèmes	Trois thèmes se sont révélés dans l'étude : « Défi de comprendre le monde de l'autre » ; « Obstacles à la communication » et « Services de santé imposés ».	2203
27. Logiciel	Le logiciel ATLAS.TI® 7.0 a été utilisé.	2202
28. Vérification par les participants	Non mentionné	
Rédaction		
29. Citations présentées	<ul style="list-style-type: none"> • <u>La mauvaise communication</u> : « Je n'ai pas compris ce dont ils ont ensuite discuté entre eux. À ce jour, je n'ai aucune explication de la raison pour laquelle tout cela a dû être fait [un arrêt de 	2204- 2206

	<p>grossesse avec complications]. [...] Ils auraient pu me traiter comme un humain ». (Femme érythréenne)</p> <p>« Le problème était que nous avons été informés que l'enfant à naître était malade. Et enfin de compte, il est né en bonne santé. Nous n'avons pas compris pourquoi [le médecin nous a dit que l'enfant était malade], nous avons ensuite pensé, peut-être parce que nous avons une couleur de peau différente - c'est ce que nous pensons ». (Femme érythréenne)</p> <p>• <u>Disponibilité des interprètes</u> :</p> <p>« Ce que je trouve difficile après avoir organisé un interprète, un certain nombre de personnes différentes viennent : les infirmiers, la sage-femme, le pédiatre, l'obstétricien... Comment la femme peut-elle tout prendre en si peu de temps ? Mais nous ne sommes pas autorisés à avoir un interprète deux fois, nous sommes donc tous emballés dans une seule réunion ». (Infirmier)</p> <p>« Peut-être pourrions-nous faire preuve d'un peu plus de patience et écouter ces soucis. Parce que la femme avait vraiment besoin de quelqu'un pour lui dire ses soucis. Et c'était un tel cas, elle n'avait personne et soudain quelqu'un est venu [professionnel de la santé] et elle s'attendait à ce que ses problèmes soient entendus. » (Interprète albanais)</p> <p>• <u>Le service de santé imposé</u> :</p> <p>« Je m'attendais à ce que les contractions viennent naturellement. Je voulais faire l'expérience, comme dans notre maison. (Femme érythréenne)</p> <p>« Souvent, lors de mes consultations, j'aimerais discuter des résultats d'un examen, mais les femmes enceintes veulent seulement savoir : « Bébé bon ou pas » ?</p>	
--	--	--

	<p>Ensuite, vous ne savez même pas par où commencer et par où vous arrêter. Un mari m'a une fois accusé de terreur psychologique parce que je les ai informés du test du premier trimestre, y compris du risque de syndrome de Down, et il ne l'a pas compris » (Obstétrique)</p> <p>« Le médecin a expliqué l'opération [césarienne] aussi bien que possible. Je viens de dire oui, oui, je ne pouvais rien dire d'autre. Par exemple, je ne pouvais pas demander : « Puis-je attendre une autre semaine, puis-je attendre jusqu'à mon échéance ? » (Femme érythréenne).</p> <p>« Nous voulons toujours que [les femmes] nous comprennent. Nous voulons être sur la même base. Mais parfois, ce n'est pas la même chose là-bas [dans leur pays d'origine]. Parfois, ici, ils pensent : « Waouh, c'est fou... ! Ils disent : c'est différent avec nous. » Et bien sûr, si nous avons notre approche, nous sommes frustrés parce que nous ne pouvons pas leur parler. ... Je trouve très difficile de trouver un équilibre trouve très difficile de trouver un équilibre et de ne pas avoir une conscience aussi terriblement coupable juste parce que vous ne pouvez pas vous comprendre » (Obstétrique)</p> <p>« Nous avons dû amener une femme pour une opération d'urgence. J'avais l'impression de la violer, forcée d'utiliser une sorte de cathéter sans pouvoir lui expliquer pourquoi. C'était essentiel pour moi et le bébé. Ils devaient faire quelque chose. Je n'ai rien compris [...] Je viens de signer aveuglément. Je ne savais pas ce qui m'était arrivé, ce qui était arrivé au bébé. Mon bébé est-il toujours en vie ou est-il mort ? Je n'avais aucune idée de l'aide que je devais obtenir, j'avais peur, j'ai commencé à pleurer » (femme albanaise)</p>	
--	--	--

	« Toute personne qui vient pour un traitement a le droit de comprendre ce qui ce qui lui est fait » (Interprète érythréen).	
30. Cohérence des données et des résultats	Les données récoltées lors des entretiens et groupes de discussions se retrouvent dans les résultats et permettent de mettre en évidence les thèmes sélectionnés.	2203-2207
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont été développés dans les résultats au travers des réponses données lors des entretiens et groupe de discussions.	2203-2207
32. Clarté des thèmes secondaires	Non mentionné	

7.5. Grille de lecture MMAT

Titre et résumer	Titre : « CALD Assist-Nursing: Improving communication in the absence of interpreters » Auteurs: Silvera-Tawil David, Pocock Courtney, Bradford DanaKai, Donnell Andrea, Harrap Karen, Freyne Jill et Brinkmann Sally. Pays : Australie Année : 2018 Type d'étude : Etude mixte qualitative avec une petite composante quantitative.				
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can 't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?		X		
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	X			
	Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	X			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	X			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	X			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	X			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	X			
	2.1. Is randomization appropriately performed?				

2. Quantitative randomized controlled trials	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5 Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative non-randomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?	X			
	4.2. Is the sample representative of the target population?	X			
	4.3. Are the measurements appropriate?	X			
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?			X	
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?	X			
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?			X	
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?	X			

	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?	X			
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?		X		
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?	X			