

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

Perceptions d'infirmières de leur responsabilité d'établir
la communication avec une clientèle allophone

Par

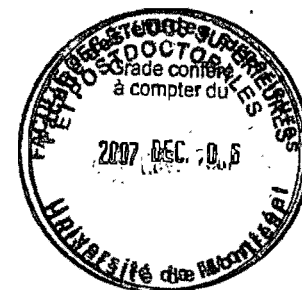
Isabelle Ledoux

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès en sciences infirmières
option clinicienne spécialisée

Août 2007

© Isabelle Ledoux, 2007



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Perceptions d'infirmières de leur responsabilité d'établir
la communication avec une clientèle allophone

Présenté par :

Isabelle Ledoux

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Marie Alderson, présidente-rapporteur
Bilkis Vissandjée, directrice de recherche
Isabelle Hemlin, co-directrice de recherche
Alex Battaglini, membre du jury
Franco Carnevale, membre du jury



Sommaire

Dans l'ensemble des organisations de santé, la communication entre soignants et soignés prend une place particulièrement importante. Il est donc d'autant plus préoccupant de voir que les barrières communicationnelles figurent parmi les difficultés rapportées le plus fréquemment par les infirmières¹ soignantes qui travaillent auprès d'une clientèle diversifiée sur le plan de l'appartenance ethnique et des langues parlées (Bowen, 2001; Murphy & Clark, 1993; Ozolins & Hjelm, 2003). En vertu de l'article 28 du Code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec, il est de la responsabilité de l'infirmière de bâtir une relation de confiance avec son client (c. I-8, r.4.1, 2002). Cette relation permet d'établir une communication qui favorise la compréhension des informations qui sont transmises afin que le client soit en mesure d'exercer ses choix en étant pleinement conscient des conséquences que cela suppose (Saint-Arnaud, 1999).

L'étude présentée² est descriptive simple et de nature qualitative. Son but est d'identifier les perceptions des infirmières œuvrant dans un centre hospitalier universitaire de Montréal relativement à leur responsabilité d'établir une communication en présence de barrières linguistiques avec une clientèle allophone³. Les questions de recherche qui font référence à cette responsabilité tentent, plus spécifiquement, d'identifier, d'une part, les perceptions des infirmières quant à cette responsabilité d'établir une relation de confiance avec une clientèle allophone et, d'autre part, d'identifier les perceptions des infirmières relativement à la responsabilité d'assurer les conditions dans lesquelles un patient peut recevoir et comprendre les informations nécessaires à une prise de décision libre et éclairée. L'approche par principes de Beauchamp et Childress permettra d'approfondir ce sujet.

¹ Le féminin est utilisé afin d'alléger le texte et non à titre discriminatoire.

² Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de plus grande envergure intitulé *L'interprétariat dans la pratique infirmière* (Vissandjée, Hemlin, Carnevale, Rosenberg, Mbulu, Battaglini et Ledoux, 2006-2009).

³ Allophone se dit d'une personne dont la langue maternelle n'est pas celle de la communauté dans laquelle elle se trouve (*Le Petit Robert*, 2003).

Onze infirmières soignantes (n = 11) ont été recrutées aléatoirement. Celles-ci ont participé à un entretien individuel d'une durée de soixante à quatre-vingt-dix minutes réalisé à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré et d'un questionnaire sociodémographique. Les participantes proviennent de différents secteurs de soins tels que la gynéco-obstétrique, la médecine interne, les soins intensifs et la chirurgie.

Les infirmières interviewées ont exprimé une préoccupation de communiquer efficacement avec une clientèle allophone. De plus, il est à noter que la responsabilité d'établir une relation de confiance avec la clientèle allophone fut également mentionnée comme faisant partie de leur responsabilité professionnelle. Les participantes disent aussi percevoir un certain devoir d'assurer les conditions dans lesquelles la clientèle allophone peut recevoir et comprendre les informations nécessaires à une prise de décision libre et éclairée. Pour ce faire, les infirmières concernées font appel à différentes stratégies telles que le recours aux membres bilingues de la famille du patient, aux collègues bilingues ainsi qu'à du matériel traduit en différentes langues.

À la lumière des résultats obtenus, certaines recommandations sont émises. Il est entre autres suggéré de favoriser le développement de projets de recherche qui traitent de façon plus approfondie de la responsabilité des infirmières, notamment en présence de barrières linguistiques. Dans le cadre de la formation de base et des séances de formation continue offertes aux infirmières, des sessions de formation devraient être adjointes en vue d'une part, d'améliorer la prise en charge de la clientèle allophone notamment en ce qui concerne le recours aux interprètes et d'autre part, de soutenir les infirmières dans ces activités. Il est également conseillé de mieux définir les lignes directrices concernant le recours à des ressources communicationnelles en collaboration avec les responsables des différents niveaux des soins infirmiers des centres hospitaliers afin d'améliorer la qualité des soins dispensés aux clients allophones.

Mots-clés : Responsabilité, infirmières, barrière linguistique et clientèle allophone.

Summary

In all health organizations, communication between nurses and patients is a key issue. It is thus a matter of concern to see that communication barriers are known to be the most frequently encountered within the context of provision of care by nurses working in collaboration with ethnically and linguistically diverse communities (Bowen, 2001; Murphy & Clark, 1993; Ozolins & Hjelm, 2003). The Code of ethics of nurses of Quebec specifies in article 28 that nurses should seek to establish and maintain a relationship of trust with her or his client (c. I-8, r.4.1, 2002). That relationship of trust allows the establishment of communication that foster the best conditions to transfer information to the patient allowing him to make well-informed decisions (Saint-Arnaud, 1999).

This simple descriptive qualitative study⁴ seeks to identify nurses' perceptions with respect to their responsibility in the establishment of communication with allophone patients⁵ within a selected hospital affiliated to a university of Montreal. The research questions regarding this responsibility are designed to identify nurses' perceptions to establish a relationship of trust with their allophone patients and to foster the best conditions that would allow them to make a well-informed decision. The "principlism" of Beauchamp and Childress (2001) will provide a better understanding of this subject.

Eleven nurses (n = 11) were randomly selected to participate to sixty to ninety minutes face to face individual interviews made according to a semi-structured interview guide, followed by a socio-demographic questionnaire. The selected nurses worked on different units such as obstetrics, internal medicine, intensive care and surgery.

⁴ This study is part of a larger project intitled *Interpreting in the Nursing Profession* conducted by Vissandjée, Hemlin, Carnevale, Rosenberg, Mbulu, Battaglini and Ledoux (2006-2009).

⁵ Allophone is a person whose first language is not the one from the community where he is [traduction libre] (*Le Petit Robert*, 2003).

The interviewed nurses expressed concerns regarding effective communication with allophone patients. Also, it was mentioned that they had the professional responsibility to establish a relationship of trust with this clientele. The participants furthermore said perceiving a sense of obligation to allow for the best conditions which would allow an allophone patient to receive and understand the information in order to make a well-informed decision. To do so, nurses use different strategies such as the patient's bilingual family members; bilingual colleagues and material translated in different languages.

According to the results, certain recommendations are issued. It is suggested to increase the development of research projects concerning the nurse's professional responsibility in the presence of language barriers. In the context of the basic training and the sessions of continuous training offered to nurses, training sessions should be added in order to improve the delivery of care to allophone patients concerning not only their recourse to interpreting resources but also to support nurses during those training activities. It is also suggested to improve Clinical Practices Guidelines about communication strategies adapted to the context of provision of care in collaboration with the nursing administrators in order to provide better quality care services to allophones.

Keywords: Responsibility, nurses, language barriers and allophone patients.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Dédicace..... | IX |
| Remerciements..... | X |
| Chapitre I..... | 1 |
| La problématique..... | 1 |
| 1.1. Préambule..... | 2 |
| 1.2. Objet et pertinence de l'étude..... | 2 |
| 1.3. But de l'étude..... | 4 |
| 1.4. Questions de recherche..... | 5 |
| Chapitre II..... | 6 |
| La recension des écrits..... | 6 |
| 2.1. Assurer une qualité de soins en présence de barrières linguistiques..... | 8 |
| 2.2. Établir une relation de confiance avec une clientèle allophone..... | 10 |
| 2.3. Respecter l'autonomie des patients allophones..... | 10 |
| 2.4. Cadre de référence..... | 15 |
| Chapitre III..... | 19 |
| La méthode..... | 19 |
| 3.1. Description de l'étude de plus grande envergure..... | 20 |
| 3.2. Le projet de l'étudiante-chercheur..... | 21 |
| 3.2.1. Déroulement du projet de l'étudiante-chercheur..... | 21 |
| 3.3. Analyse des données..... | 23 |
| 3.4. Critères de scientificité..... | 26 |
| 3.5. Considérations éthiques..... | 27 |
| Chapitre IV..... | 29 |
| Les résultats..... | 29 |
| 4.1. Données descriptives..... | 30 |
| 4.2. Analyse thématique et tentative de catégorisation des thèmes..... | 31 |
| Chapitre V..... | 40 |
| Discussion, recommandations et conclusion..... | 40 |

| | |
|---|-----------|
| 5.1. Discussion..... | 41 |
| 5.2. Forces et limites de l'étude..... | 49 |
| 5.3. Recommandations..... | 50 |
| 5.4.1. Recommandations pour la recherche..... | 50 |
| 5.4.2. Recommandations pour la formation..... | 51 |
| 5.4.3. Recommandations pour la pratique..... | 51 |
| 5.4. Conclusion..... | 52 |
| Références..... | 54 |
| Annexes..... | 60 |
| Annexe A Tableaux synthèse I-II-III..... | 61 |
| Annexe B Tableau synthèse IV..... | 67 |
| Annexe C Fiche-conseil..... | 72 |

À la mémoire de mon père, Michel Ledoux.

Remerciements

Je désire remercier toutes les personnes qui ont su m'apporter leur appui au cours de la réalisation de ce mémoire. Je souhaite remercier mesdames Bilkis Vissandjée et Isabelle Hemlin pour leur soutien qui m'a permis d'accomplir ce travail avec succès. Je tiens à remercier tout particulièrement madame Marie Alderson, présidente-rapporteur du jury pour sa précieuse collaboration. Je tiens à remercier les membres du jury, monsieur Alex Battaglini et monsieur Franco Carnevale ainsi que madame Jocelyne Saint-Arnaud, membre du comité d'approbation, pour leurs judicieux conseils. Je veux remercier les personnes qui font également partie de l'équipe de recherche du projet *L'interprétariat dans la pratique infirmière*, notamment mesdames Ellen Rosenberg et l'adjointe à la direction des soins infirmiers qui rendirent cette expérience enrichissante.

Je souhaite remercier trois organismes subventionnaires : le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ainsi que le Centre FERASI⁶ pour leur contribution à la réalisation de ce projet de recherche. Les Instituts de recherche en santé du Canada ont aussi contribué au financement de cette étude par l'octroi d'une subvention au projet *L'interprétariat dans la pratique infirmière* dans lequel s'inscrit ce projet de maîtrise.

Je tiens aussi à remercier mesdames Diane Bégin et Émilie Huard pour leur collaboration au projet ainsi que les infirmières soignantes qui ont accepté généreusement de participer à l'étude.

Je remercie de tout cœur ma famille pour son soutien ainsi que pour leurs encouragements constants dans la réalisation de ce travail. Je souhaite également remercier mes collègues de travail et mes amies pour leur écoute et leur soutien tout au long de mon parcours académique.

⁶ Centre de formation et d'expertise en recherche en administration des services infirmiers qui est un centre interuniversitaire d'excellence regroupant les universités de Montréal, de Laval et de McGill.

Chapitre I
La problématique

Préambule

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche de plus grande envergure intitulé *L'interprétariat dans la pratique infirmière* (2006-2009) en collaboration avec un centre hospitalier affilié universitaire de la région de Montréal. L'équipe de chercheurs est composée de Vissandjée, Hemlin, Carnevale, Rosenberg, Mbulu, Battaglini et Ledoux. Ce projet est financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (MOP 79527).

Objet et pertinence de l'étude

On ne peut pas ne pas communiquer
Paul Watzlawick

La communication est au cœur de toute forme d'organisation. Elle est soumise à des codes qui varient selon les contextes socioéconomiques, professionnels ou générationnels (Fostier, 2005). D'après Lepain (2003), « la communication est reconnue comme un processus continu selon lequel une personne (émetteur) peut agir sur une autre (récepteur) par un comportement verbal et non-verbal » (p. 11).

En tant que professionnelles de la santé, les infirmières⁷ vivent constamment des situations de communication avec les patients et leurs familles. A cet effet, le Code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec (c. I-8, r.4.1, 2002, art. 28) édicte qu'il est de la responsabilité des infirmières de bâtir une relation de confiance avec leurs clients. Cette relation est établie et maintenue grâce à des compétences spécifiques dans l'établissement d'une communication verbale et non verbale avec la clientèle (Lefebvre & Cardinal, 2002). La clientèle peut ainsi comprendre les informations qui lui sont transmises et être en mesure d'exercer ses choix en étant pleinement consciente des conséquences qu'ils impliquent, et cela tel que stipulé dans la règle du consentement libre et éclairé émanant des principes de la bioéthique (Beauchamp & Childress, 2001; Lajeunesse, 2005; Saint-Arnaud, 1999).

⁷ Le féminin est utilisé afin d'alléger le texte et non à titre discriminatoire.

Les barrières communicationnelles altèrent la qualité des soins dispensés (Bowen, 2001; Murphy & Clark, 1993; Ozolins & Hjelm, 2003) et figurent parmi les difficultés rapportées le plus fréquemment par les infirmières soignantes qui travaillent auprès d'une clientèle diversifiée sur le plan de l'appartenance ethnique et des langues parlées (Gerrish, Chau, Sobowale & Birks, 2004; Vissandjée et Dupéré, 2000). Les professionnels de la santé éprouvent des réticences à travailler en présence d'une clientèle allophone⁸ de par le temps et la complexité des soins que cela exige (Battaglini, Désy, Dorval, Poirier, Fournier, Camirand et Fecteau, 2005; Bowen, 2004).

Au Québec, la possibilité pour la clientèle allophone d'accéder dans leur langue à des services de santé et des services sociaux est reconnue dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2, 1991). L'article 2.7 de cette loi stipule que les établissements de santé doivent établir un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à « favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles ».

Le Code civil du Québec impose le devoir d'obtenir le consentement du client avant de prodiguer des soins (L.Q., c-1991, c.64, art. 11). En effet, d'après cet énoncé, une personne ne peut être soumise à des soins, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention, sans son consentement. De plus, le Code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec dit que « l'infirmière ou l'infirmier doit fournir à son client toutes les explications nécessaires à la compréhension des soins et des services qu'il lui prodigue » (c. I-8, r.4.1, 2002, art. 40). Les infirmières se doivent donc « appliquer des techniques particulières aux personnes parlant une langue différente afin de réduire les écarts de perceptions qui entraînent une certaine confusion, particulièrement au sujet des examens, des traitements à recevoir et des attitudes »

⁸ Allophone se dit d'une personne dont la langue maternelle n'est pas celle de la communauté dans laquelle elle se trouve (*Le Petit Robert*, 2003). Dans le contexte de cette étude, toute personne qui ne peut communiquer suffisamment en français ou en anglais pour participer pleinement à ses soins avec une infirmière sera considérée comme allophone.

(Lefebvre & Cardinal, 2002, p. 26). C'est dans cette perspective que les principes éthiques selon l'approche préconisée par Beauchamp et Childress (2001) contribuent à des repères pour une action moralement et éthiquement acceptable. Plus spécifiquement, ils permettent de réfléchir aux conditions dans lesquelles le patient est en mesure ou non de prendre une décision libre et éclairée en présence d'infirmières soignantes en contexte hospitalier. Parmi ces conditions, l'établissement d'une relation de confiance avec le patient devient une nécessité pour l'infirmière qui désire respecter son autonomie (c. I-8, r.4.1, 2002, art. 28; Saint-Arnaud, 1999).

Les connaissances issues de ce projet contribueront vraisemblablement à l'amélioration de la qualité des soins dispensés dans les centres hospitaliers à une clientèle allophone dans une démarche qui répond aux normes de la pratique infirmière. Mieux comprendre les perceptions des infirmières en ce qui concerne leur responsabilité d'établir une communication avec la clientèle allophone permettra d'approfondir la réflexion sur ce préalable à une qualité des soins. Le devoir d'assurer les conditions dans lesquelles la clientèle allophone puisse recevoir et comprendre les informations nécessaires à une prise de décision libre et éclairée sera également étudié afin de mieux comprendre la responsabilité qu'ont les infirmières en lien avec l'approche par principes de Beauchamp et Childress (2001). Enfin, des recommandations seront émises pour le développement ultérieur de projets de recherches, de programmes de formation ainsi que de lignes directrices en milieu clinique en collaboration avec les responsables des différents niveaux des soins infirmiers des centres hospitaliers.

But de l'étude

Identifier les perceptions d'infirmières œuvrant dans un centre hospitalier relativement à la responsabilité d'établir une communication en présence de barrières linguistiques avec une clientèle allophone.

Questions de recherche

1. Quelles sont les perceptions des infirmières relativement à la responsabilité d'établir une relation de confiance avec une clientèle allophone?
2. Quelles sont les perceptions des infirmières relativement à la responsabilité d'assurer les conditions dans lesquelles un patient peut recevoir et comprendre les informations nécessaires à une prise de décision libre et éclairée?

Chapitre II
La recension des écrits

Ce second chapitre débute par une analyse des écrits portant sur l'état des connaissances au sujet de la responsabilité des infirmières soignantes d'établir une communication avec une clientèle allophone. L'analyse est présentée en fonction des questions de recherche. Ainsi, les thèmes abordés sont : la qualité des soins en présence de barrières linguistiques, l'établissement de la relation de confiance avec une clientèle allophone ainsi que le respect de l'autonomie des patients allophones. L'approche préconisée par Beauchamp et Childress (2001) a permis d'approfondir les perceptions qu'ont les infirmières soignantes de leur responsabilité dans l'établissement d'une relation de confiance ainsi que dans la transmission des informations nécessaires à une prise de décision libre et éclairée.

L'étude proposée cherche à identifier et à mieux comprendre les perceptions d'infirmières relativement à leur responsabilité d'établir la communication avec une clientèle allophone. La revue de littérature s'est faite à l'aide des bases de données MEDLINE et PUBMED. Les tableaux I, II et III présentent une synthèse des écrits cliniques et empiriques portant sur les sujets traités au cours de la recension des écrits (Annexe A). Le tableau IV comporte la synthèse des écrits portant sur l'état des connaissances au Québec (Annexe B). Une distinction entre la littérature générale portant sur le sujet et celle qui se rapporte directement au Québec a été faite.

Au Québec, la région de Montréal compte 28 % de la population qui a déclaré avoir une langue maternelle autre que le français ou l'anglais lors du recensement de 2001 (Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2006). La présence de barrières linguistiques est une situation préoccupante pour l'ensemble des organisations de la santé puisque les difficultés de communication sont celles qui sont le plus souvent évoquées par les intervenants des organismes publics, parapublics et communautaires (Tremblay, Brouillet, Rhéaume & Laquerre, 2006). Il existe cependant peu d'informations relativement aux interventions et stratégies des infirmières soignantes en ce qui concerne précisément le fait de donner des soins en présence de barrières linguistiques. Alors que les difficultés liées à la communication sont ressorties, peu d'écrits se sont penchés sur les stratégies adoptées par les infirmières pour répondre aux

impératifs d'une qualité des soins auprès d'une clientèle allophone (Roy & Kapoor-Kohli, 2004; Soucy, 1998; Tremblay, *et al.*, 2006; Vissandjée, Hemlin & Roy, 2004). Il est à noter que Fostier (2005) et Rosenberg (2005) se sont penchés sur les questions relatives à la relation thérapeutique entre le patient, le médecin et l'interprète. Cette dernière s'avère être une relation triadique fort fragile et complexe facilement affectée par la présence d'une tierce personne qui vient parfois altérer la relation de confiance établie entre le client et son médecin soignant en contexte hospitalier (Rosenberg, 2005; Villarruel, Portillo & Kane, 1999). Cette relation est également influencée par de nombreuses dimensions institutionnelles, professionnelles et structurelles telles que les directives hospitalières, les arrangements fondamentaux et l'administration des programmes d'interprétariat (Kaufert & Putsh, 1997). Établir la communication avec un patient allophone en contexte hospitalier peut donc comporter de nombreux défis.

Assurer une qualité de soins en présence de barrières linguistiques

En présence de barrières linguistiques, le contrat de qualité peut être complexe (Munoz & Kapoor-Kohli, 2007). Vissandjée et Hemlin (2006) soulignent que « les relations entre l'infirmière et le patient sont tributaires de la capacité de comprendre et d'être compris, indépendamment de la complexité de la situation » (p. 748). Il est entendu que les infirmières ne peuvent pas être en mesure de s'exprimer dans toutes les langues mais « il est important qu'elles disposent de stratégies et d'outils leur permettant de communiquer efficacement lors d'une situation de soins comportant une distance linguistique » (Vissandjée & Hemlin, 2006, p. 748). Il incombe à la professionnelle de la santé de recourir aux ressources du milieu lorsqu'elle confronte des barrières linguistiques. Des ressources humaines et matérielles s'avèrent nécessaires pour parvenir à assurer l'accessibilité et la qualité des services de santé et des services sociaux aux personnes allophones. Les ressources humaines réfèrent au recours à différents types d'interprètes formels ou informels tels que les membres de la famille bilingues du patient, les collègues bilingues se trouvant sur l'unité de soins ou les interprètes professionnels provenant de la Banque interrégionale d'interprètes de Montréal. Les

ressources matérielles consistent au recours à un lexique ou du matériel traduit en différentes langues tels que l'échelle de la douleur ou le guide alimentaire canadien.

Compte tenu qu'il va de soi que certaines ressources financières sont nécessaires pour assurer une qualité de soins, elles devront être offertes par les organisations prestataires de soins de santé. La présence de barrières linguistiques peut occasionner des coûts supplémentaires. Battaglini, *et al.*, (2005) estiment que 7,3 % des usagers dont la durée de séjour au Canada est moins de dix ans et dont la langue maternelle est autre que le français et l'anglais à Montréal, ont besoin d'une durée d'intervention plus longue de 40 % . Ceci est expliqué par les auteurs comme suit : « les difficultés de communication ou la méconnaissance des services en sont les principales causes » (Battaglini, *et al.*, 2005, p. 2). Ces mêmes auteurs notent que l'augmentation de la durée de consultation entraîne nécessairement des coûts supplémentaires pour le système (Battaglini, *et al.*, 2005). Fostier (2005), pour sa part, affirme que, lorsque le médecin n'arrive pas à comprendre le problème posé par le client allophone, il s'ensuit des examens et des ordonnances médicales inadéquats qui font gonfler inutilement les coûts de prestation. Suite à un rapport concernant la présence des barrières linguistiques dans la province du Manitoba dont les données proviennent du *Language Barriers Advisory Committee*, Bowen (2004) indique que la présence de barrières linguistiques entraîne un risque plus élevé d'hospitalisation dû au fait que les patients allophones ont moins recours aux services préventifs et aux examens diagnostics. En contexte intrahospitalier, Bowen (2004) rapporte également un accroissement des risques d'intubation pour des patients asthmatiques ainsi qu'un risque majoré d'erreurs de prescriptions. Enfin, il est intéressant de noter le taux moindre d'ordonnances d'analgésiques pour des patients allophones (Bowen, 2004).

En ce qui concerne les patients eux-mêmes, les barrières communicationnelles peuvent expliquer la plus grande insatisfaction générale de la clientèle allophone face aux soins reçus; un autre aspect de la qualité des soins. Par le biais d'une étude qualitative utilisant la méthode de la « théorie ancrée », Hrycak et Jakubec (2006) font ressortir à l'aide d'une étude de cas que le sentiment d'être dévalorisé par les soignants est causé par des

obstacles linguistiques. D'autres auteurs notent que le sentiment d'être dévalorisé par les soignants à cause des obstacles linguistiques peut entraîner l'apparition de problèmes de santé ainsi que de l'insatisfaction en regard des soins reçus. (Garcia, Roy, Okada, Perkins & Wiebe, 2004).

Établir une relation de confiance avec une clientèle allophone

La communication est une condition nécessaire mais non suffisante dans l'établissement d'une relation de confiance. La prise en compte des *patterns* communicationnels, des styles et des protocoles de communication affectent l'établissement du lien de confiance dans une relation thérapeutique (Bolton, 2002; Bowen, 2001; Lepain, 2003).

Afin d'assurer une qualité de soins, il convient que les infirmières soient avant tout en mesure de mettre en œuvre leurs compétences afin d'établir une relation de confiance (Lefebvre & Cardinal, 2002). À cet effet, les infirmières utilisent certaines habiletés de relation d'aide en soins infirmiers tels que la présence, l'écoute, le respect, l'ouverture à l'expérience de l'autre, l'empathie et la congruence afin de faciliter une certaine relation de confiance. Cette relation est établie et maintenue grâce à une communication entre les infirmières et leurs patients ainsi que la capacité des infirmières à mettre en œuvre leurs compétences (Lefebvre & Cardinal, 2002).

Respecter l'autonomie des patients allophones

Afin d'assurer les conditions dans lesquelles un patient peut recevoir et comprendre les informations nécessaires à une prise de décision libre et éclairée, et ainsi respecter son autonomie, les infirmières ont à faire certains ajustements dans la dispensation de leurs soins (Lefebvre & Cardinal, 2002). A l'instar des personnes pouvant communiquer sans difficulté, une personne ne parlant pas la même langue que l'infirmière doit être en mesure de prendre une décision de façon libre et éclairée et doit être capable de communiquer ses décisions comme les autres (Saint-Arnaud, 1999). Pour

ce faire, les infirmières sont appelées à avoir recours à des ressources qui leur permettent d'entrer en communication avec ce type de clientèle (Lefebvre & Cardinal, 2002).

Andrews (2003) souligne que la communication représente un réel défi pour les professionnels de la santé qui désirent offrir des soins de qualité à une clientèle allophone. La communication implique l'établissement d'une relation de confiance entre les infirmières et leurs clients ainsi que le recours à différentes habiletés communicationnelles pour y parvenir (Patenaude, 1998). Mais qu'en est-il de la perception des infirmières à ce sujet? Quelles sont les perceptions des infirmières relativement à la responsabilité d'établir une relation de confiance avec une clientèle allophone? Telle est l'une des questions que la présente étude investigate.

L'établissement de la communication est également essentiel pour permettre aux infirmières de fournir au client toutes les explications nécessaires à la compréhension des soins et des services qu'elles lui prodiguent (c. I-8, r.4.1, 2002, art. 40). Cependant, quelles sont les perceptions des infirmières relativement à la responsabilité d'assurer les conditions dans lesquelles un patient peut recevoir et comprendre les informations nécessaires à une prise de décision libre et éclairée? Afin d'honorer leurs responsabilités, les infirmières ont à recourir à différentes stratégies leur permettant de communiquer avec la clientèle allophone. En présence d'une clientèle allophone, les infirmières soignantes disposent de différentes ressources humaines et matérielles pouvant être utilisées pour leur permettre d'établir une relation de confiance avec cette clientèle. Il est nécessaire qu'elles s'assurent de transmettre les informations les plus claires et concrètes possible afin de respecter l'autonomie des patients allophones et ainsi, d'offrir des soins de qualité qui répondent aux normes de la pratique infirmière (Martino Maze, 2005).

Cette situation se complexifie en présence de barrières linguistiques. L'étude descriptive qualitative de Barnes, Davis, Moran, Portillo et Koenig (1998) réalisée auprès de trente-un patients chinois, sud-américains et anglo-américains atteints de cancer dont le pronostic est inférieur à six mois, a permis de constater qu'il y a de nombreuses

difficultés reliées à l'obtention du consentement libre et éclairé des patients présentant des barrières linguistiques. Les résultats de l'étude de Barnes et al. (1998) illustrent que lorsque les infirmières ne parlent pas la même langue maternelle que le patient, la compréhension des informations s'en trouve réduite. Cela affecte également la qualité de la relation de confiance établie entre le personnel soignant et les patients. Ces deux facteurs sont considérés comme étant des entraves importantes au respect du consentement libre et éclairé d'un patient présentant des barrières linguistiques (Barnes, *et al.*, 1998). Il est donc essentiel que les infirmières utilisent les stratégies permettant au patient de recevoir et de comprendre les informations nécessaires à une prise de décision libre et éclairée tel que présenté dans le cadre du modèle de Beauchamp et Childress (2001) afin de respecter l'autonomie du patient allophone.

L'interprétariat est considéré, par les experts, comme étant une des meilleures ressources pour communiquer avec une clientèle allophone (Bischoff, Bovier, Rustemi, Gariazzo, Eytan, & Loutan, 2003; Cioffi, 2003; Villarruel, Portillo, & Kane, 1999). Comme l'énonce Bourque (2004) :

L'interprétation est une activité professionnelle qui consiste à réexprimer fidèlement le sens de ce qui est dit en une langue, dans une autre langue, en tenant compte davantage du contenu que de la forme du message et en considérant les caractéristiques des personnes qui reçoivent le message (p. 11).

Au Québec, les interprètes professionnels, aussi appelés interprètes formels, reçoivent une formation en interprétariat et doivent respecter un code de déontologie qui relève de la Banque interrégionale d'interprètes de Montréal (Bourque, 2004; Hemlin, 2006). Les principaux objectifs de l'interprète formel sont les suivants : transmettre les codes et les cultures, établir un contact positif et tenir compte du contexte dans lequel se produit l'échange (Bourque, 2004). Des auteurs signalent qu'il n'est pas rare que certains interprètes se voient attribuer un rôle de confident, d'allié ou de défenseur du client (Bolton, 2002; Kaufert & Putsh, 1997; Solomon, 1997). L'interprète ne doit toutefois pas remplacer l'intervenant, ni prendre parti pour le client; il a pour principale fonction de favoriser la communication pour chaque partie concernée (Bourque, 2004).

Vissandjée et Dupéré (2000) précisent : « La plupart de ceux qui prônent l'objectivité et la neutralité des interprètes ne sont pas conscients de l'influence non négligeable qu'exercent la classe sociale, l'éducation, les rôles liés à l'appartenance à un sexe, les croyances et le manque d'équivalence sémantique » (p. 105).

Si le recours à des interprètes professionnels est généralement considéré comme étant la meilleure solution pour pallier aux barrières linguistiques, il peut comporter certains inconvénients (Barnes, *et al.*, 1998). Certains auteurs notent, en effet, que l'utilisation d'interprètes formels nécessite plus de temps que la moyenne des rencontres, en augmente la fréquence et entraîne des coûts plus élevés comparativement à l'utilisation d'autres stratégies communicationnelles (Garcia, *et al.*, 2004; Hwa-Froelich & Westby, 2003; Jacobs, Chen, Karliner, Agger-Gupta, & Mutha, 2006; Nailon, 2006; Perkins & Vera, 1998; Villarruel, *et al.*, 1999). Selon les chercheurs américains Jacobs, Shepard, Suaya et Stone (2004), les coûts approximatifs des services d'interprétariat sont évalués à 279 \$US par personne et par année aux États-Unis. Peu d'études canadiennes traitent de ce sujet, il est donc difficile d'établir des conclusions comparables pour la situation canadienne. Les écrits font aussi mention que le temps d'attente avant l'arrivée de l'interprète peut être long dans certaines situations et que ceux-ci ne connaissent pas toujours suffisamment l'historique du patient pour communiquer efficacement avec lui et comprendre les interventions devant être expliquées (Barnes, *et al.*, 1998). Afin d'éviter les complications et de faciliter le travail de collaboration entre les professionnels de la santé et les interprètes formels, une fiche-conseil fut élaborée par Mesa (1997) suite à une étude réalisée auprès de près de 500 intervenants, clients et interprètes (Annexe C).

Parmi les autres ressources figure en bonne place le recours à des interprètes informels. Ces interprètes informels peuvent être soit des employés bilingues, soit un membre de la famille ou de la communauté bilingue auquel il aurait été demandé d'accompagner le patient allophone à l'hôpital afin de lui servir d'interprète (Hemlin, 2006; Vissandjée & Dupéré, 2000). Des études révèlent que le recours à des professionnels de la santé bilingues constitue une solution très attrayante puisqu'elle offre une plus grande

disponibilité et une solution à faible coût aux barrières linguistiques (Bischoff, Perneger, Bovier, Loutan & Stalder, 2003; Cioffi, 2003; Villarruel, *et al.*, 1999). Pour ces intervenants bilingues, l'utilisation de la langue du client favorise leur compréhension ainsi que le déroulement de l'intervention (McAll, Tremblay & Le Goff, 1997).

Le recours aux interprètes informels tels que les employés bilingues peut cependant occasionner de graves erreurs diagnostiques, en particulier lorsque la maîtrise de la langue parlée par l'employé est insuffisante pour établir la communication avec la clientèle desservie (Bischoff, *et al.*, 2003; Cioffi, 2003; Villarruel, *et al.*, 1999). Ces auteurs recommandent donc d'utiliser des interprètes formels en provenance d'organismes certifiés plutôt que de recourir à des personnes qui ne permettent pas l'établissement d'une communication optimale favorisant une prise en charge adéquate de la clientèle allophone et une qualité de soins acceptable (Bischoff, *et al.*, 2003; Cioffi, 2003; Villarruel, *et al.*, 1999).

Le recours à un membre de la famille ou de la communauté bilingue est également un type de ressource fréquemment employé. Bien que les avis soient partagés à ce sujet, tous s'entendent pour dire qu'il est déconseillé d'utiliser comme interprète un membre bilingue de la famille ou de la communauté, et cela par souci de confidentialité. Ce l'est d'autant plus lorsque l'interprète est d'âge mineur car ce dernier risque de ne pas être en mesure de répondre adéquatement à certaines questions posées par les professionnels de la santé (Bowen, 2001; Rosenberg, 2005; Villarruel, *et al.*, 1999).

L'utilisation de lexiques ou de dictionnaires spécialisés peut également s'avérer être une ressource matérielle utile lorsqu'il n'y pas d'autres services disponibles pour les professionnels de la santé aux prises avec une barrière linguistique. Selon les auteurs Dunckley, Hughes, Addington-Hall et Higginson (2003), certains outils cliniques traduits en différentes langues, par exemple l'échelle de la douleur, peuvent faciliter le travail des professionnels de la santé et ainsi favoriser une meilleure communication entre les professionnels de la santé et les patients allophones.

Cadre de référence

Tel que présenté dans la recension des écrits, la qualité des soins, l'établissement de la relation de confiance ainsi que le respect de l'autonomie des patients sont affectés par la présence de barrières linguistiques. Ces conséquences illustrent toute l'importance pour les infirmières d'établir une communication en présence de barrières linguistiques avec une clientèle allophone en ayant recours à différentes stratégies. Dans le cadre de leurs responsabilités, Villarruel, Portillo et Kane (1999) ainsi que Eckhardt, Mott et Andrew (2006) mentionnent que le personnel soignant a une responsabilité professionnelle, légale et éthique d'offrir des services de qualité à toute sa clientèle ainsi que celle, en présence de barrières linguistiques. Le cadre de référence choisi est l'approche par principes de Beauchamp et Childress (2001). Il permettra d'approfondir les perceptions qu'ont les infirmières soignantes de leur responsabilité dans l'établissement d'une relation de confiance ainsi que dans la transmission des informations nécessaires à une prise de décision libre et éclairée.

La bioéthique est une éthique appliquée qui vise l'élaboration de repères pour une action moralement et éthiquement acceptable (Saint-Arnaud, 1999). La méthode la plus couramment utilisée en bioéthique est l'approche par principes, laquelle nous vient de Beauchamp et Childress (Saint-Arnaud, 1999). Cette approche comporte quatre principes qui sont les suivants : le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance ainsi que la justice. Ces principes donnent des indications générales quant à la moralité des actions à prendre pour des problèmes d'éthique biomédicale (Saint-Arnaud, 1999). Une définition de chacun de ces principes est présentée dans le tableau 1.

| Principes | Définitions |
|--------------------------------------|--|
| • Principe du respect de l'autonomie | Impose le respect des capacités décisionnelles des personnes autonomes. |
| • Principe de la bienfaisance | Impose non seulement d'être bienfaisant en posant des actions positives, mais encore en soupesant les bénéfices possibles par rapport aux torts susceptibles de survenir, de manière à maximiser les bénéfices et à minimiser les torts. |
| • Principe de la non-malfaisance | Impose de ne pas infliger des torts aux autres. |
| • Principe de la justice | Impose l'équité dans la distribution des bénéfices et des risques. |

Tableau 1 : Définition des principes de Beauchamp et Childress (2001).

Source : Adapté de Saint-Arnaud (1999), p. 17

Le principe de l'autonomie est « la base morale pour la doctrine légale du consentement libre et éclairé » (Saint-Arnaud, 1999, p. 95). La transmission des informations nécessaires à une prise de décision libre et éclairée, qui respecte l'autonomie de la personne, repose sur une relation de confiance que les infirmières se doivent d'établir avec la personne allophone (c. I-8, r.4.1, 2002, art. 28; Saint-Arnaud, 1999). L'autonomie est indissociable de la notion de la responsabilité. « Toute personne doit agir selon ses propres raisons et ne peut jamais être soumise à l'autorité ou choisir d'être dirigée par les autres sans perdre son autonomie » [traduction libre] (Beauchamp & Childress, 2001, p. 60). Les infirmières ont la responsabilité de respecter l'autonomie de la personne en fournissant les explications nécessaires à la compréhension des soins et des services qu'elles lui prodiguent (c. I-8, r.4.1, 2002, art. 40).

Pour y parvenir, le modèle présenté dans la figure 1 ci-dessous permet de mieux saisir les composantes qui entrent en jeu lorsque les infirmières souhaitent respecter l'autonomie d'un patient en obtenant son consentement libre et éclairé pour un traitement donné.

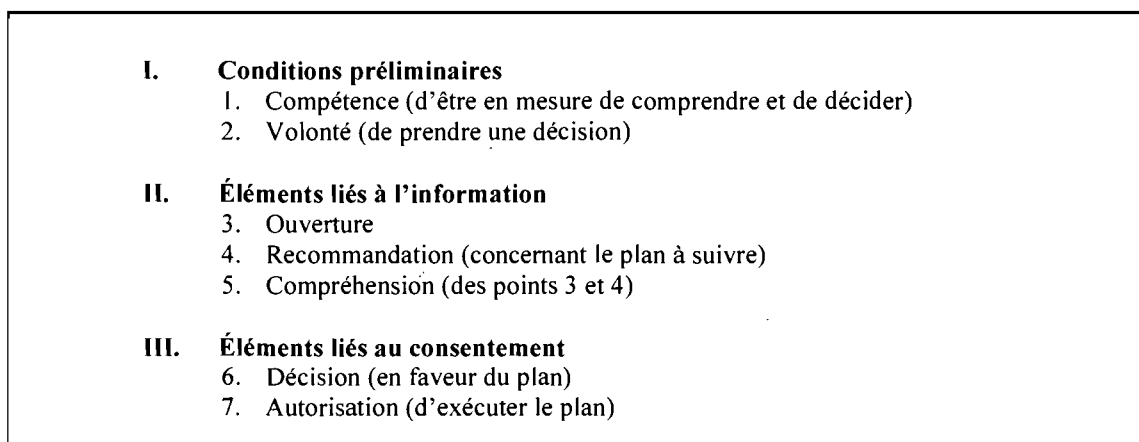


Figure 1 : Modèle du consentement libre et éclairé.

Source : « The Model of autonomous choice » de Beauchamp & Childress (2001), p. 80 [Traduction libre]

Dans le cadre du Modèle du consentement libre et éclairé de Beauchamp et Childress (2001), la personne requérant des soins doit d'abord être physiquement et mentalement en mesure de comprendre et de prendre une décision donnée avant le début des procédures mais elle doit également avoir la volonté de le faire au moment donné. Une personne est considérée apte à décider pour un traitement donné lorsqu'elle est en mesure « de comprendre les informations qui sont pertinentes en regard de la décision à prendre, si elle est capable de délibérer en fonction de ses valeurs et des buts qu'elle poursuit et, enfin, si elle est capable de communiquer ses décisions » (Saint-Arnaud, 1999, p. 92).

Toujours dans le cadre de ce modèle, après s'être assurées de l'aptitude du patient à prendre une décision, les infirmières doivent procéder en expliquant les divers éléments constitutifs de la situation présentée tout en démontrant une certaine ouverture dans les propos qu'elles utilisent pour donner le plus d'informations possible au patient. Après avoir procédé à une description détaillée de la situation, les infirmières doivent s'assurer que le patient ait réellement compris les explications afin d'être en mesure de donner un consentement éclairé. Cette vérification de la compréhension des explications données peut être faite en posant diverses questions au patient concernant la décision en cours.

Pour procéder à la démarche présentée dans le cadre du Modèle du consentement libre et éclairé de Beauchamp et Childress (2001), le patient doit bien évidemment être en

mesure de communiquer avec les infirmières. Il est donc essentiel que ces dernières puissent avoir recours à différentes stratégies leur permettant de transmettre les informations nécessaires à une prise de décision libre et éclairée.

Alors que les principes de Beauchamp et Childress (2001) s'inscrivent dans une perspective et une culture nord-américaine, il va sans dire que le concept d'autonomie varie d'une personne à l'autre, d'un groupe d'appartenance à l'autre; les valeurs culturelles jouant un rôle important (Barnes, *et al.*, 1998). Les infirmières ont la responsabilité de tenir compte des valeurs, de la culture et du mode de vie du patient tout en l'aidant à prendre une décision qui respecte ses choix (Barnes, *et al.*, 1998). Selon Saint-Arnaud (1999), les principes bioéthiques permettent de guider des actions dans une perspective d'interprétation assez variable de ces principes. Tel que discuté précédemment, la personne requérant des soins vit dans un contexte complexe de défis et de réalités qui façonnent ses expériences de vie. Les principes de la bioéthique doivent donc être considérés en fonction du contexte unique de chaque patient (Barnes, *et al.*, 1998).

Chapitre III
La méthode

Ce chapitre présente tout d'abord les aspects méthodologiques du projet de plus grande envergure dans lequel s'insère la présente étude et qui s'intitule *L'interprétariat dans la pratique infirmière*. Viennent ensuite, les considérations méthodologiques spécifiques à l'étude réalisée par l'étudiante-chercheur. Le milieu, l'échantillon, le cadre échantillonnal, les outils de la collecte des données et le déroulement de l'étude sont présentés, suivis des éléments relatifs à l'analyse des données et finalement, des critères de scientificité et des considérations d'ordre éthique.

Description de l'étude de plus grande envergure

Le projet financé par les IRSC dans lequel s'inscrit la présente étude examine, auprès de trois niveaux de responsabilité de la prestation des soins infirmiers, les stratégies et mécanismes de prise de décisions visant à réduire les barrières linguistiques entre infirmières et patients allophones. Une méthode mixte de collecte et d'analyse des données a été adoptée. Ledit projet se déroule présentement en partenariat avec un centre hospitalier affilié à l'Université de Montréal qui se trouve sur un territoire cosmopolite avec un pourcentage élevé de population 'allophone' qui est de 6,1 % comparativement à 6 % pour la population immigrante de la ville de Montréal (Ministère de l'Immigration et des Communautés Culturelles, 2005). Suite à une méthode d'échantillonnage probabiliste de type aléatoire stratifiée, cette recherche, en cours, prévoit disposer à la fin de la collecte des données un échantillon constitué de cinquante-trois personnes (n = 53). Il sera composé de trente-neuf infirmières soignantes (n = 39), de six infirmières-chefs (n = 6), de six assistantes-infirmières-chefs (n = 6) ainsi que de deux informateurs-clés au niveau de la Direction des soins infirmiers (DSI).

Les critères d'inclusion sont les suivants (ces critères valent également pour le projet de l'étudiante-chercheur) :

- Être une infirmière soignante;
- Avoir œuvré pour une période de plus d'un an sur les unités de soins ciblées (médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique, urgence, cliniques externes, soins intensifs, soins intermédiaires ou psychiatrie);

- Avoir travaillé durant le quart de jour, de soir ou de nuit;
- Avoir vécu des situations de soins en présence de barrières linguistiques;
- Avoir démontré une maîtrise de la langue française lors de prestations de soins.

Deux outils de collecte des données sont utilisés pour recueillir les données auprès des participantes sélectionnées. Un guide d'entretien semi-structuré prenant appui sur les résultats des travaux antérieurs des chercheurs responsables de ce projet est administré par le biais d'entretiens individuels « face à face » d'une durée approximative d'une soixantaine de minutes (Vissandjée, *et al.*, 2006). Un questionnaire administré en fin d'entretien permet de dresser un portrait des personnes rencontrées au regard de diverses dimensions sociodémographiques des participantes mais également de leur parcours de formation. Des groupes de discussion sont prévus dans le déroulement du projet afin de valider les données des entretiens individuels auprès d'un sous échantillon d'infirmières ayant participé à la première étape du projet ainsi qu'auprès des assistantes-infirmières-chefs, des infirmières-chefs et des responsables de la DSI.

Le projet de l'étudiante-chercheur

L'étude proposée par l'étudiante-chercheur, qui s'inscrit directement dans le projet de plus grande envergure présenté ci avant, est descriptive simple et de nature qualitative. Les aspects méthodologiques de cette étude découlent de ceux inhérents au projet d'envergure. Les outils de collecte des données utilisés par l'étudiante-chercheur ne sont pas mis en annexe dans la mesure où le projet d'envergure n'est pas terminé. Cependant, ces outils peuvent être consultés en prenant contact avec la chercheure principale du projet qui est également la directrice de mémoire de l'étudiante-chercheur.

Déroulement du projet de l'étudiante-chercheur

A l'instar du projet d'envergure, la constitution de l'échantillon propre à la présente étude débuta par l'envoi d'une lettre explicative uniquement aux infirmières sélectionnées aléatoirement pour le projet *L'interprétariat dans la pratique infirmière*.

Un appel téléphonique fut effectué peu après afin de planifier une rencontre avec chacune d'entre elles à leur convenance.

Un échantillon aléatoire de onze infirmières soignantes (n = 11) constitue le groupe de répondantes de l'étude réalisée par l'étudiante-chercheur. La section relative aux critères de scientificité présente une discussion de la raison d'être de ce nombre de participantes dans le cadre du projet de l'étudiante-chercheur.

Le guide d'entretien semi-structuré du projet de grande envergure a été repris par l'étudiante-chercheur pour les besoins de son étude. Les questions, de nature ouverte, traitaient des perceptions de la responsabilité des infirmières œuvrant dans un contexte de soins en présence de barrières linguistiques. Voici quelques exemples de questions posées : « Pouvez-vous me parler d'une situation clinique où vous avez éprouvé des difficultés dans votre prestation de soins à cause de barrières linguistiques? »; « Comparativement à des situations sans barrière linguistique, comment vous êtes-vous sentie suite à cette situation en tant qu'infirmière soignante? » D'autres questions tentaient d'identifier des ressources humaines, matérielles et financières utilisées pour remplir cette responsabilité. Des questions de nature ouverte furent privilégiées afin d'explorer en profondeur certaines situations complexes tels que cette perception de la responsabilité de l'infirmière soignante en présence de barrières linguistiques et la prise en compte des facteurs contextuels dans lesquels elles exercent leur métier.

À l'issue de l'entretien, l'interviewere administra le questionnaire sociodémographique. L'entretien se termina par des remerciements adressés par l'étudiante-chercheur à la participante. Une lettre de remerciements fut envoyée à l'unité de soins de la participante dans la semaine qui suivit l'entretien.

Analyse des données

Les données recueillies furent analysées selon une méthode d'analyse de contenu adaptée de Miles et Huberman (2003). Les onze entretiens furent d'abord retranscrits et saisis par le biais du logiciel N'Vivo version 7 (2007) (Figure 2). Une fiche résumé fut créée au fur et à mesure pour chacun des entretiens, tel que proposé par Miles et Huberman (2003). Cette fiche résumé contenait les notes de l'interviewere dont une synthèse des informations collectées ou recueillies dans le cadre des entretiens. Cette fiche servait également à consigner des questions non répondues, à résumer les propos tenus durant l'entretien et à préciser la qualité du contact sur le terrain entre l'étudiante-chercheur et la participante. Les fiches résumés ont également contribué au raffinement du guide d'entretien au fur et à mesure du déroulement de l'étude.

Cette figure représente le procédé auquel l'étudiante-chercheur a eu recours pour réaliser l'analyse des données.

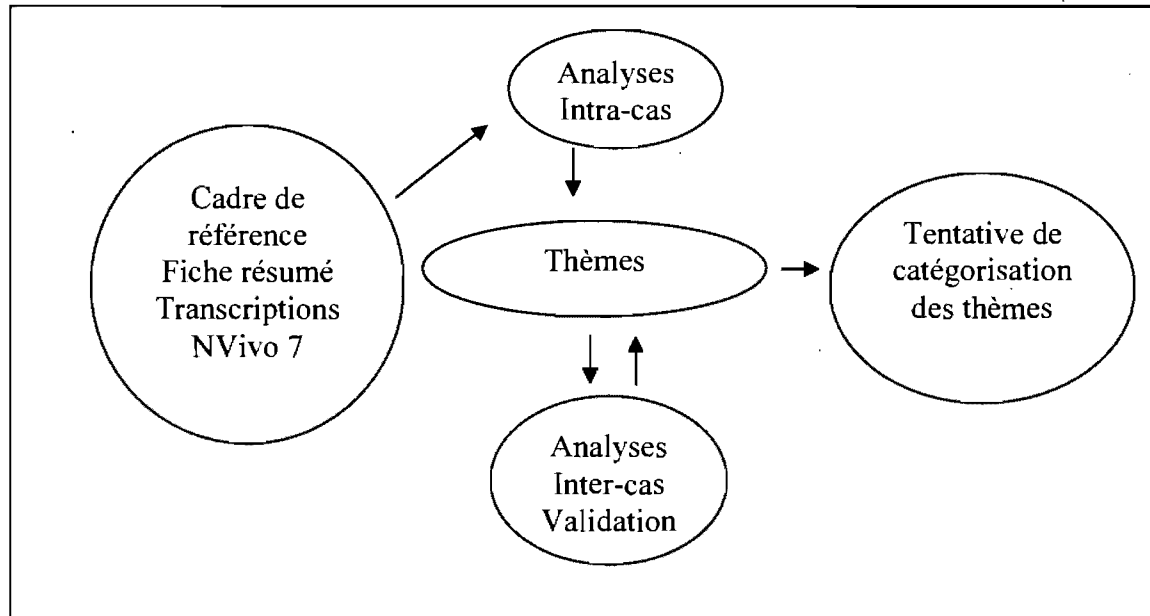


Figure 2 : Stratégie d'analyse des données qualitatives de l'étudiante-chercheur.

Source : Adaptation de Miles et Huberman (2003), p. 15

Au cours de l'analyse, les thèmes émergents furent d'abord regroupés en différentes catégories suivant les questions de recherche. L'étudiante-chercheur prit en compte, dans le cadre de cette analyse, les principes présentés dans le cadre de référence de l'approche par principes de Beauchamp et Childress (2001) tel que celui du respect de l'autonomie du patient. En ce qui concerne l'analyse thématique, l'étudiante-chercheur a procédé à une stratégie de comparaison intra-cas, dans le cadre duquel les données de chaque participante furent analysées individuellement. Ensuite les thèmes ayant émergé pour chacun des cas furent contrastés entre eux afin d'en déduire les thèmes pour discussion avec les membres de l'équipe de recherche par une stratégie de comparaison inter-cas (Figure 2).

L'étudiante-chercheur fit ensuite un résumé de ces premières analyses qu'elle présenta d'abord à sa directrice et sa co-directrice et ensuite à l'équipe de recherche responsable du projet d'envergure afin de procéder à la validation de ses données. Les principaux thèmes présentés étaient : la préoccupation de donner des soins de qualité à une clientèle allophone, la prise de conscience de la complexité de la communication et les ressources permettant d'établir une communication optimale avec une clientèle allophone.

Cette première rencontre de validation commença par un exercice individuel comprenant la lecture de deux entretiens choisis par l'étudiante-chercheur afin d'introduire les membres de l'équipe de recherche aux thèmes émergents qu'elle avait identifiés. Il fut alors proposé à l'équipe de recherche du projet *L'interprétariat dans la pratique infirmière* de choisir les thèmes qu'ils considéraient faisant partie de ces deux entretiens avec un code de couleur correspondant. Chaque membre de l'équipe devait surligner les éléments présents dans les verbatims des deux participantes correspondants aux éléments qu'il avait choisies comme étant les thèmes émergents de sa lecture et analyse. Ces thèmes ont pu ensuite être comparés à ceux identifiés par l'étudiante-chercheur.

Lors de cette première rencontre de validation avec l'équipe de recherche, l'étudiante-chercheur procéda d'abord par un retour sur l'exercice individuel que devait faire chaque membre de l'équipe de recherche. Elle prit ensuite des notes lui permettant de

comparer ses résultats avec ceux de ses collègues chercheurs. Les résultats de cette première rencontre de validation présentés dans le compte-rendu de l'équipe du projet *L'interprétariat dans la pratique infirmière* en juin 2007 sont les suivants : notion de « responsabilité différée », rôle de l'établissement de santé et notion de « résidus moraux ». Les discussions suscitées par cette rencontre de validation auront permis à l'étudiante-chercheur de débiter son processus de réflexion au sujet de l'interprétation des données de l'étude.

Durant plusieurs semaines, l'étudiante-chercheur entreprit alors une réflexion sur les thèmes émergents qu'elle avait identifiés ainsi que sur les résultats obtenus au cours de la première rencontre de validation avec les membres de l'équipe. Après plusieurs échanges avec la directrice et la co-directrice de son projet de recherche, elle put développer une tentative de catégorisation des divers thèmes identifiés sous la forme d'un « arbre thématique ». Un journal de bord fut créé par l'étudiante-chercheur durant cette période afin de lui permettre de noter ses réflexions au cours de ce processus d'interprétation des données. Plusieurs schémas furent créés lui permettant de faire les liens entre les différents concepts identifiés. Une deuxième lecture approfondie des transcriptions des données lui permit d'intégrer les thèmes identifiés. Le processus cognitif qu'entreprit l'étudiante-chercheur se fit en se basant sur les questions de recherche ainsi que le cadre de référence retenu.

À la suite de cette période de réflexion, l'étudiante-chercheur entreprit une deuxième rencontre de validation en juillet 2007 avec l'équipe de chercheurs du projet de plus grande envergure. Elle présenta les résultats d'analyses et d'interprétation qui suivirent la première rencontre de validation sous forme de tableau alors appelé « arbre thématique » aux membres de l'équipe de recherche. Ce tableau (36 po. x 48 po.) en coroplaste avec velcros permettant d'inter-changer la disposition des thèmes inscrits sur des bandes de coroplaste jaunes prédécoupées a permis de se prêter à l'exercice d'analyse de groupe. La présentation de ce tableau aux membres de l'équipe de recherche du projet *L'interprétariat dans la pratique infirmière* suscita d'importants échanges durant lesquels les membres de l'équipe exprimèrent leur opinion sur

l'importance de chaque thème ainsi que leur disposition dans le tableau. L'étudiante-chercheur eut alors l'occasion de participer à la discussion et de prendre des notes. Le tableau fit ressortir de nouvelles réflexions sur le sujet ainsi que des échanges entrepris avec la directrice et la co-directrice de l'étudiante-chercheur. En s'inspirant de l'approche de Beauchamp et Childress (2001), une tentative de catégorisation des thèmes fut réalisée. Les résultats obtenus ont permis de créer des liens entre les différents thèmes proposés et sont présentés dans la figure 3 (voir chapitre IV Les résultats).

Critères de scientificité

Une codification précise, constante et exhaustive permet à l'étudiante-chercheur d'assurer la justesse des résultats obtenus en lien avec le cadre de référence choisi. Lors de chaque entretien, l'étudiante-chercheur prit des notes d'observation sur une feuille divisée en deux sections comprenant les notes descriptives ainsi que les réflexions générées au cours de l'entretien. La validité interne de l'étude fut respectée par la concordance entre les observations empiriques et leur interprétation (Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer et Pires, 1997). La création d'une tentative de catégorisation des divers thèmes identifiés est le résultat de cette concordance (Figure 3).

Le nombre de participantes fut déterminé par la saturation des données obtenue au cours du processus de collecte et d'analyse simultanée des données, c'est-à-dire lorsque l'étudiante-chercheur a jugé que les dernières entrevues et observations n'apportaient plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique (Poupart, *et al.*, 1997).

Les nombreuses séances de discussion avec les membres de l'équipe de recherche du projet *L'interprétariat dans la pratique infirmière* concernant les différentes étapes du déroulement de l'étude, la stratégie d'analyse, l'interprétation des données par le biais de la tentative de catégorisation des thèmes ont également contribué à la crédibilité des résultats. Les questions ouvertes utilisées dans le cadre du guide d'entretien semi-

structuré ont offert la possibilité aux participantes de s'exprimer librement au sujet de leurs croyances et de leurs expériences accroissant ainsi la crédibilité des résultats (Ulin, Robinson & Tolley, 2005). L'attitude de l'étudiante-chercheur est demeurée ouverte et réceptive aux réponses des participantes.

La validité externe qui consiste en la transférabilité des résultats fut également respectée par la création de nombreuses recommandations en regard des infirmières avec les résultats obtenus (Miles & Huberman, 2003). Plusieurs recommandations réfèrent aux domaines de la recherche, de la formation ainsi que de la pratique infirmière dont il sera question dans le chapitre V de ce mémoire.

Considérations éthiques

L'équipe de recherche du projet de grande envergure dans le cadre duquel s'insère le projet de l'étudiante-chercheur a obtenu un certificat d'éthique du Comité d'éthique de la recherche en Sciences de la santé de l'Université de Montréal ainsi qu'au Comité d'éthique du centre hospitalier affilié à l'Université de Montréal où se déroule actuellement le projet de recherche. Afin de préserver la confidentialité du déroulement de l'étude de plus grande envergure les certificats ne sont pas insérés en annexe. Ils sont disponibles sur demande seulement, en prenant contact avec la chercheuse principale qui est également la directrice de mémoire de l'étudiante-chercheur. Cependant, les considérations éthiques elles-mêmes valables au projet de l'étudiante-chercheur sont détaillées ci-après.

Le consentement libre et éclairé des participantes fut obtenu par écrit à l'aide du formulaire de consentement prévu à cet effet. Il fut signé par chaque participante après sa lecture. L'anonymat et la confidentialité furent assurés en tout temps au cours de la collecte et de l'analyse des données recueillies. Les mesures suivantes ont été prises pour assurer le respect des normes dictées par les certificats d'éthique :

- Au cours des entretiens individuels, les participantes furent avisées qu'elles pouvaient en tout temps quitter l'entrevue ou se retirer de l'étude, et ce, même après avoir signé le formulaire de consentement, en étant assurées du respect de la confidentialité des données recueillies.
- Le nom des participantes n'apparaît nulle part, que ce soit lors de la retranscription ou sur un quelconque document lié au projet.
- Les enregistrements numériques ont été stockés sur une clé USB enfermée dans un lieu sécurisé séparément des guides d'entretien.
- La secrétaire à la Direction des soins infirmiers ainsi que l'adjointe à la Direction des soins infirmiers furent soumises à la confidentialité. Elles ont permis l'organisation des rencontres avec les participantes.
- En aucun temps, des liens ne pourront être établis entre les participantes et les données de la recherche.

Chapitre IV
Les résultats

Cette section fait état des résultats de l'analyse thématique des données recueillies auprès des onze infirmières soignantes en lien avec le cadre de référence choisi, soit l'approche par principes de Beauchamp et Childress (2001). Les résultats sont présentés en fonction des thèmes identifiés dans le troisième chapitre de ce mémoire. En premier lieu, un profil sociodémographique des participantes est présenté sous forme de données descriptives afin de donner un portrait de l'échantillon sélectionné. En deuxième lieu, les résultats issus du processus d'analyse thématique décrit dans le chapitre précédent sont exposés de même que les verbatims qui se rattachent aux thèmes dégagés des entrevues.

Données descriptives

L'échantillon se composait de onze femmes (n=11). Six infirmières faisaient partie de l'équipe de jour, trois étaient rattachées à l'équipe de soir et deux travaillaient de nuit. Cette distribution est représentative de la proportion d'infirmières travaillant dans un établissement hospitalier. Les participantes avaient comme langue maternelle le français, sauf une dont la langue maternelle était l'anglais. La majorité des participantes provenaient du Québec, l'une venait de la France et une autre de l'Italie. Les infirmières travaillaient sur des unités de soins très variées, dont la gynéco-obstétrique, la médecine, les soins intensifs et la chirurgie; elles présentaient ainsi une variété d'expériences cliniques. Le nombre d'années d'expérience moyen était de 26,5 pour cet échantillon choisi aléatoirement.

La majorité des participantes faisaient partie du groupe d'âge de 51 à 60 ans. La plupart des infirmières interviewées détenaient un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers. Certaines détenaient un certificat universitaire en plus de leur diplôme de niveau collégial. Seule une infirmière détenait un baccalauréat en sciences infirmières par cumul de certificats. Quatre participantes ont confirmé avoir suivi des cours portant sur les aspects multiculturels et sur la diversité culturelle des soins au cours de leur formation en soins infirmiers. Aucune d'entre elles n'a reçu de formation sur la façon de travailler en présence d'un interprète formel ou informel au cours des cinq dernières

années. Six infirmières désiraient recevoir une formation spécifique pour une prestation de soins infirmiers en présence d'un interprète.

Plus de la moitié des infirmières interviewées avaient déjà servi d'interprètes informelles à une fréquence moyenne d'une ou deux fois par mois. Deux participantes ont fait appel à des services d'interprétation de la banque d'interprètes interne de l'hôpital au moins une fois par année. Cinq participantes ont mentionné avoir fait appel à des services d'interprétariat autres que les interprètes formels tels que les membres de la famille du patient et des collègues bilingues. Sept infirmières ont confirmé avoir utilisé des documents sur leur unité pour faciliter leurs interventions dans un contexte de diversité culturelle ou linguistique. Elles ont aussi utilisé des cartes avec des questions spécifiques traduites dans la langue parlée par le client, des documents (brochures) et des lexiques adaptés à leurs besoins. Les ressources matérielles ont été rarement utilisées, soit en moyenne une fois par année. La majorité des infirmières ont indiqué être satisfaites ou généralement satisfaites de leur prestation de soins lorsqu'elles étaient confrontées à des barrières linguistiques.

Analyse thématique et tentative de catégorisation des thèmes

L'analyse des données a été conduite à l'aide de l'analyse des verbatims telle que décrite dans le cadre du chapitre III de ce mémoire. Ainsi, les données recueillies furent analysées selon une méthode d'analyse de contenu adaptée de Miles et Huberman (2003). L'étudiante-chercheur a dégagé les segments significatifs qu'elle observait dans les données. Sur la base des rencontres de validation avec l'équipe de recherche *L'interprétariat dans la pratique infirmière* et en s'inspirant de l'approche de Beauchamp et Childress (2001), l'étudiante-chercheur a développé une interprétation des données laissant émerger des liens entre les divers thèmes proposés (voir Figure 3).

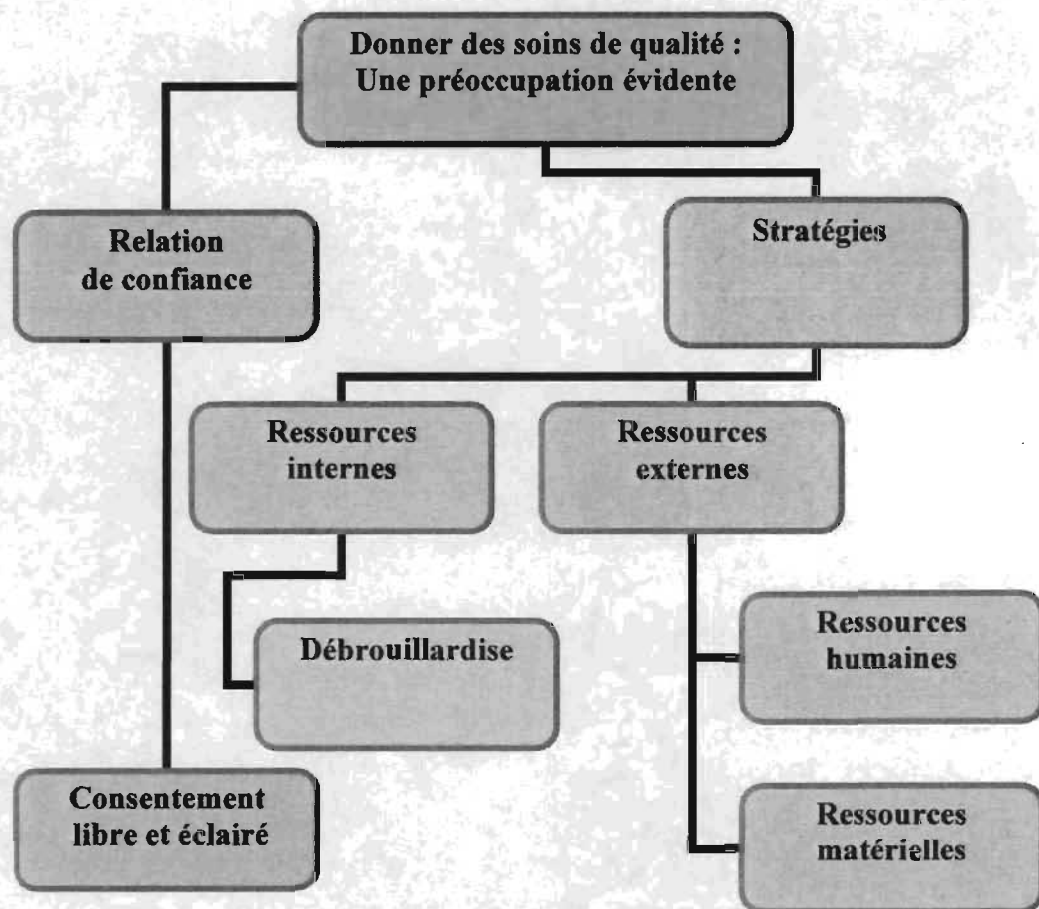


Figure 3 : Tentative de catégorisation des thèmes

D'abord et avant tout, les infirmières ont exprimé une préoccupation évidente de dispenser des soins de qualité à la clientèle allophone. Cette préoccupation s'est inscrite dans un désir d'établir une relation de confiance avec la clientèle allophone. Quant à la relation de confiance, elle est à la base de la communication et est déterminante dans le respect de l'autonomie des patients allophones. Tel que vu précédemment dans le cadre de l'approche par principes de Beauchamp et Childress (2001), les infirmières sont appelées à être en mesure de communiquer avec la clientèle allophone afin que cette dernière soit en mesure de prendre une décision libre et éclairée (voir Figure 2).

Les infirmières ont manifesté une préoccupation relative à la responsabilité d'assurer les conditions dans lesquelles un patient peut recevoir et comprendre les informations nécessaires à une prise de décision libre et éclairée. Elles ont perçu qu'il y avait peu de

stratégies permettant de communiquer avec la clientèle allophone dans leur milieu de soins, et c'est pour cette raison qu'elles ont souvent eu recours à l'une de leur stratégie interne qui consiste en la débrouillardise (la recherche de ressources qui ne sont pas offertes par l'établissement de santé où elles travaillent). Elles ont également énoncé avoir recours à différentes ressources externes généralement présentes dans leur environnement de travail au moment d'une intervention clinique en présence d'une clientèle allophone. Ce type de stratégies fut catégorisé sous les thèmes de ressources humaines (interprètes formels, membres de la famille ou de la communauté bilingues, collègues bilingues) et ressources matérielles (lexique, matériel traduit en différentes langues) qui servent à communiquer avec une clientèle allophone.

La prochaine section présente plus en détail les résultats en lien avec le but ainsi que les questions de recherche de l'étude. Des verbatims extraits des entretiens précisent et explicitent les thèmes dégagés.

Perceptions des infirmières quant à leur responsabilité d'établir la communication avec une clientèle allophone

Les participantes ont différentes perceptions de leur responsabilité quant à l'établissement d'une communication avec des patients allophones. Bon nombre disent éprouver des sentiments d'impuissance, d'insatisfaction et d'angoisse lorsqu'elles sont confrontées à des barrières linguistiques; le manque de ressources ne leur facilite pas la tâche :

Parce que lorsqu'on n'a pas une barrière linguistique on est capable [...] de faire toutes les choses qu'on veut, d'avoir la relation d'aide [...]. Mais par contre, quand il y a la barrière linguistique on a l'impression que notre travail n'est pas [...] complet, qu'il manque quelque chose. On ne fait pas bien notre travail (Soins intensifs).

On aimerait faire plus que ce qu'on fait mais malheureusement on n'a pas les moyens pour le faire (silence) (Soins intensifs).

Ces propos expriment la pression et l'insatisfaction ressenties relativement à leur travail lorsqu'elles sont en présence de barrières linguistiques :

Moi, je n'aime pas ça je me sens pas bien (Soins intensifs).

Certaines participantes notent que les barrières linguistiques allongent leurs interventions et augmentent leur charge de travail :

Ça alourdit le travail parce que [...] prendre le temps [...] de mettre la personne en confiance [...]. C'est plus lourd à ce moment là c'est sûr que ça rajoute [...] de la pression [...] faut être plus patient (Médecine).

Peu de participantes ont évoqué l'utilisation de diverses techniques de communication et d'habiletés personnelles, lorsqu'elles travaillent avec des patients allophones. Cela dit, quelques infirmières disent avoir recours à l'humour et notent le plaisir découlant des techniques de communication novatrices ainsi que créatives :

C'est certain que ce n'est pas évident de communiquer avec [...] des gens qui ne parlent ni français ni anglais mais je dirais que ce n'est pas impossible. Moi je vais y aller par des gestes [...] on a beaucoup de plaisir (Gynéco-obstétrique).

Perceptions d'infirmières relativement à leur responsabilité d'établir une relation de confiance

Les résultats indiquent que la majorité des infirmières interviewées considèrent qu'elles ont, au moment de leurs interventions cliniques, une responsabilité quant à l'établissement d'une relation de confiance au moyen de stratégies de communication adéquates avec les patients allophones :

C'est ça qui est important je pense d'établir le contact de confiance même si ils ne nous comprennent pas [...] c'est vraiment notre attitude qui fait ça (Médecine).

Tu sais le premier [...] contact c'est ça c'est d'essayer d'établir un contact de confiance [...] on va essayer de les comprendre (Médecine).

Perceptions d'infirmières relativement aux conditions nécessaires à une prise de décision libre et éclairée

Les infirmières interviewées reconnaissent le droit de la personne à avoir des opinions, à faire des choix et à agir selon ses propres valeurs personnelles et ses croyances, comme le décrivent Beauchamp et Childress (2001). Les répondantes ont insisté sur l'importance de communiquer efficacement afin d'éviter des conséquences fâcheuses comme des malentendus relativement au traitement, au diagnostic ou à la gestion de la douleur :

Ma responsabilité est de m'assurer [...] qu'elle reçoit les informations comme il le faut à travers la famille [...] (Gynéco-obstétrique).

C'est sûr que faire signer un document que la personne ne comprend pas, non on ne peut pas [...] moi je ne le fais pas signer (Médecine).

On ne peut pas lui faire contre son gré [...] mais des fois juste par le ton de la conversation on [...] se dit pas sûr là qu'il n'essaie pas de l'influencer [...] on ne peut pas [...] ça prend le consentement signé. [...] même si la madame elle signe un document [...] elle ne sait pas ce qu'elle signe, elle ne comprend pas ce qu'elle signe. [...] on se fie plus [...] au conjoint mais [...] il y a des conjoints avec qui ce n'est pas évident [...] on ne peut jamais être sûr [...] c'est ce qu'elle veut elle mais on n'est jamais certains, c'est ça qui est embêtant (Gynéco-obstétrique).

D'après les infirmières interviewées, les patients allophones les plus vulnérables sont les clients âgés, les patients atteints de troubles neurologiques, les personnes confuses et celles qui ne parlent que quelques mots dans l'une des langues officielles du pays. Les infirmières sont d'avis que ces patients sont à plus hauts risques de ne pas comprendre adéquatement l'information transmise entravant par le fait même une prise de décision éclairée de leur part. Seules quatre infirmières ont référé à des dilemmes éthiques confrontées dans leur pratique, sans pour autant recourir au concept de « dilemmes éthiques » :

Avec les patients confus, c'est plus difficile. Parce qu'eux ne comprennent rien. Ils sont confus. Ce sont deux mondes les barrières de langues avec un

patient confus et les barrières de langues avec un patient non confus (Soins intensifs).

La personne était très souffrante mais sa fille ne voulait pas que je la soulage [...] moi j'ai donné un analgésique puis elle m'a accusé [...] elle dit vous n'aviez pas le droit [...] c'était la fille qui décidait si elle pouvait avoir [...] Dans certaines cultures [...] faut pas trop les soulager [...] ce n'est pas qu'il faut qu'ils souffrent mais ils n'aiment pas [...] (Médecine).

Ces résultats illustrent le souci des participantes face aux aspects éthiques de leur travail. Les infirmières interviewées expriment l'importance de communiquer efficacement avec les patients allophones afin de leur permettre de prendre une décision libre et éclairée. Certaines infirmières citent des dilemmes éthiques auxquels elles sont confrontées dans leur pratique clinique en utilisant certains concepts qui se rapportent à ceux présentés dans le cadre de référence de Beauchamp et Childress (2001).

Stratégies proposées par des infirmières relativement à cette responsabilité d'intervenir auprès d'une clientèle allophone

Ayant déclaré avoir une importante responsabilité devant l'établissement de relations de confiance avec des patients allophones, les infirmières indiquent avoir recours à diverses ressources internes et externes afin de mieux communiquer avec cette clientèle. Malgré que ces ressources soient restreintes, elles sont tout de même nécessaires afin d'être en mesure de respecter l'autonomie des patients allophones en leur permettant de prendre des décisions libres et éclairées. Voici comment les infirmières s'organisent afin de mettre en pratique leur responsabilité d'intervenir auprès d'une clientèle allophone.

Ressources internes utilisées par des infirmières pour intervenir auprès d'une clientèle allophone

Une ressource interne fait référence à des initiatives personnelles découlant de l'éducation, de caractéristiques personnelles et de créativité et n'inclut pas des aspects organisationnels du milieu dans lequel travaille l'individu. La débrouillardise est la ressource interne la plus couramment nommée par les infirmières soignantes interviewées :

Parce qu'on se débrouille un peu [...] avec ce qu'on a puis cela fonctionne [...] mais de plus en plus [...] il me semble [...] qu'il y a de plus en plus d'ethnies qui viennent ici (Médecine).

La débrouillardise inclut, entre autres techniques, le langage des signes, des démonstrations avec du matériel clinique, le toucher thérapeutique et l'humour :

On mime les choses [...] les soins, les comportements qu'on veut que la personne adopte c'est vraiment comme ça que l'on communique le plus puis on essaie de trouver quelqu'un [...] surtout dans la famille pour [...] que la personne qui est hospitalisée se sente en confiance puis fasse confiance à cette personne là aussi [...] (Gynéco-obstétrique).

Leur fait des gestes, on essaye d'associer [...] c'est un petit peu plus compliqué mais avec les journées ils viennent à comprendre ce qu'est une injection, la bassine, de l'eau vous savez on commence à communiquer avec des gestes puis des choses [...] (Soins intensifs).

Tu peux les toucher [...] leur tenir la main [...] le contact physique (Gynéco-obstétrique).

Ressources externes utilisées par des infirmières pour intervenir auprès d'une clientèle allophone

Certaines infirmières disent utiliser des ressources externes fournies par l'organisation de santé pour laquelle elles travaillent afin d'améliorer leurs habiletés en communication lorsqu'elles soignent des patients allophones. La liste des professionnels

de la santé bilingues ainsi que le recours à différents types de lexiques disponibles sur l'unité de soins sont donnés à titre d'exemples :

Je m'étais informée à la secrétaire [...] je sais qu'il y a une banque d'interprètes [...] des personnes qui travaillent ici dans l'hôpital (Médecine).

La majorité des participantes préfèrent utiliser les ressources humaines aux ressources matérielles dans le but de communiquer efficacement avec des patients allophones. La ressource externe la plus fréquemment utilisée par les participantes est constituée des membres bilingues de la famille ou de la communauté du patient. Les collègues bilingues constituent une ressource secondaire, suivies des ressources lexicales et autres techniques de communication non verbales :

C'est sûr que quand [...] il y a quelqu'un de la famille qui est là puis que c'est une personne fiable [...] avec laquelle on sent qu'il n'y a pas de biaisement d'information [...] autant la personne qui est hospitalisée que la personne qui nous sert [...] de lien [...] ça va très bien (Gynéco-obstétrique).

Quand un membre du personnel peut [...] parler la langue [...] (Médecine).

Le recours à une infirmière clinicienne spécialisée ainsi qu'à des interprètes formels qui se trouvent sur la liste interne de l'hôpital ou sur la liste de la Banque interrégionale d'interprètes de Montréal est aussi mentionné par les participantes :

C'est mon infirmière clinicienne [...] cela nous aide [...] l'infirmière des soins vient parler avec la famille [...] ça aide beaucoup (Médecine).

D'un shift à l'autre [...] c'est pareille parce qu'on sait que l'on ne peut pas bien fonctionner si tu n'as pas d'interprètes (Soins intensifs).

Le recours aux ressources du centre local de santé communautaire (CLSC) a été nommé une seule fois par une infirmière en gynéco-obstétrique, qui considère que cette ressource est essentielle pour les rencontres d'information offertes aux nouveaux parents

qui ne sont pas toujours en mesure de comprendre les informations transmises en contexte hospitalier.

Souvent on va faire des références aussi on va référer au CLSC en mentionnant qu'il y a une barrière linguistique pour qu'ils puissent aller vérifier à la maison comment ça se passe [...] (Gynéco-obstétrique).

Les résultats présentés ci-avant permettent de mieux circonscrire les perceptions des infirmières soignantes confrontées à des barrières linguistiques en contexte hospitalier. Les propos des participantes reflètent une préoccupation de communiquer avec une clientèle allophone. De plus, cette préoccupation se reflète dans le sens de la responsabilité qu'ont manifesté les infirmières interviewées d'établir une relation de confiance ainsi que d'assurer les conditions dans lesquelles un patient allophone peut prendre une décision libre et éclairée.

Certains éléments relatifs à l'approche par principes de Beauchamp et Childress (2001) sont ressortis des propos des participantes de l'étude. Les principaux thèmes identifiés sont les suivants : une préoccupation de donner des soins de qualité en établissant une communication, l'établissement d'une relation de confiance, les conditions permettant une prise de décision libre et éclairée, les stratégies utilisées comprenant les ressources internes (débrouillardise) ainsi que les ressources externes (ressources humaines telles que les membres de la famille du patient et collègues bilingues; ressources matérielles telles que les lexiques). Le chapitre qui suit présente une discussion de ces résultats.

Chapitre V
Discussion, recommandations et conclusion

Ce chapitre est constitué de deux sections. La première consiste en une discussion des résultats présentés dans le chapitre précédent et fait ressortir la valeur ajoutée d'avoir eu recours à l'approche par principes de Beauchamp et Childress (2001). Les forces et les limites de la présente étude sont également discutés. Des avenues de recherche, de soutien à la formation ainsi que des recommandations pour la pratique infirmière sont proposées afin de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins offerts à la clientèle allophone en contexte hospitalier et viennent clore le chapitre.

Discussion

L'approche par principes de Beauchamp et Childress (2001) visant l'élaboration de repères pour une action moralement et éthiquement acceptable, a permis à l'étudiante-chercheur d'explorer plus en profondeur les perceptions qu'ont les infirmières soignantes de leur responsabilité dans l'établissement d'une relation de confiance ainsi que dans la transmission des informations nécessaires à une prise de décision libre et éclairée de la part d'une clientèle allophone. Plusieurs résultats s'y rapportent tel que présenté dans le chapitre IV de ce mémoire. D'autres conclusions en lien avec le cadre de référence seront exposées dans la prochaine section.

Perceptions d'infirmières relativement à leur responsabilité d'établir une relation de confiance

Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2005), « une infirmière qui fait preuve de compassion, qui communique efficacement et qui prend les devants dans une situation problématique peut influencer positivement sur la réaction du patient ou de sa famille » (n.d.)⁹. Dans la relation entre l'infirmière et le client, « le respect se manifeste notamment par l'approche de l'infirmière, par son écoute, ainsi que la façon dont elle répond aux besoins et attentes exprimées par le client » (OIIQ, 2005, n.d.). Il est fait référence ici au respect des normes de la pratique infirmière (c. I-8, r.4.1, 2002, art. 28).

⁹ Page non déterminée.

Les infirmières interviewées disent se sentir responsables de communiquer adéquatement avec la clientèle allophone qu'elles desservent afin que cette dernière puisse participer pleinement à ses soins. Il ressort très clairement des entretiens que la relation de confiance représente un moyen privilégié pour établir le premier contact avec une clientèle allophone. Selon Roy et Kapoor-Kohli (2004), il faut savoir construire un lien de confiance dans le processus d'intervention en contexte d'immigration, obtenir un climat favorisant la rencontre interculturelle, bien saisir les dimensions culturelles des propos échangés et être capable de traduire le sens des mots. Lorsqu'il est question de l'établissement d'une relation de confiance, création d'un lien professionnel-client, il importe de développer une « compétence communicationnelle » (Roy & Kapoor-Kohli, 2004, p. 38).

Bien que les infirmières partagent un sentiment de 'devoir' établir une relation de confiance avec la clientèle allophone lors de leurs interventions de soins, il ressort de leurs propos que toute la teneur de cette responsabilité n'est pas comprise, restant floue dans le concret. Selon l'étude exploratoire de Fredricksson et Ericksson (2003)¹⁰ lorsque l'infirmière respecte un code d'éthique déterminé par sa profession, seul son jugement lui permet de l'appliquer de manière respectueuse et responsable. La notion de responsabilité n'est donc pas seulement une action mais aussi une valeur morale.

Perceptions d'infirmières relativement à la satisfaction face à leurs soins dans un contexte d'intervention avec une clientèle allophone

Certaines répondantes ont mentionné que la présence de barrières linguistiques pouvait engendrer un sentiment d'impuissance, d'insatisfaction et d'angoisse. Bernard, Whitaker, Ray, Rockich, Barton-Baxter, Barnes, Boulanger, Tsuei et Kearney (2006) corroborent de tels sentiments de par les résultats qu'ils ont obtenus auprès d'un groupe d'infirmières soignantes (n = 61). Comparativement au groupe des médecins (n = 36) les infirmières ont subi un taux plus élevé de stress dû aux périodes de contacts prolongés

¹⁰ Faisant état d'une analyse des propos de Paul Ricoeur.

avec la clientèle, aux besoins accrus en termes de communication ainsi qu'à la difficulté de communiquer avec les membres de la famille ($p = .0004$). Ceci confirme les résultats de notre étude puisque les infirmières ont effectivement exprimé ressentir davantage de stress en présence d'une clientèle allophone ce qui a provoqué davantage d'insatisfaction lors des prestations de soins.

Une autre conséquence causant de l'insatisfaction, perçue et vécue par les infirmières rencontrées, est illustrée par les malentendus qui peuvent apparaître surtout lorsqu'il faut discuter de diagnostics et de traitements. De tels sentiments, affectant directement et indirectement la 'responsabilité' dans le lien de confiance, sont notés par Gerrish, *et al.*, (2004) ainsi que Tremblay, *et al.*, (2006). L'étude de Gerrish, *et al.*, (2004) a fait ressortir, par le biais de cinq groupes de discussion composés d'infirmières, que ces dernières étaient profondément préoccupées par les conséquences d'une mauvaise communication avec la clientèle allophone. Tremblay, *et al.*, (2006) pour leur part, ont identifié que les difficultés de communication reliées aux barrières linguistiques sont celles qui sont le plus souvent nommées par les intervenants des organismes publics, parapublics et communautaires.

Perceptions d'infirmières relativement à leur responsabilité de donner des soins de qualité

En plus des difficultés dans l'établissement du lien de confiance, les infirmières rencontrées discutent du changement assez important dans la durée des interventions, accroissant ainsi leur charge de travail lorsqu'elles interviennent auprès d'une clientèle allophone. Ces résultats corroborent ceux de Battaglini, *et al.*, (2005) qui ont démontré par le biais d'une analyse portant sur les résultats de trois études en cours dans la région de Montréal, que les clients allophones d'immigration récente exigent effectivement une durée de consultation plus longue que la moyenne, non seulement à cause des difficultés de communication mais également de la méconnaissance des services.

Il est intéressant de noter que le recours à l'humour est une stratégie qui est mentionnée par plusieurs infirmières afin de créer une atmosphère de détente et de plaisir; des déterminants essentiels pour l'établissement d'un lien de confiance. D'autres stratégies, ayant des retombées semblables, ont été mentionnées telles que le toucher thérapeutique, le mime et les démonstrations avec du matériel de soins (bassine, seringue). Cioffi (2003) a réalisé vingt-trois entrevues individuelles auprès d'infirmières australiennes. Ces dernières ont mentionné avoir une attitude positive à l'égard des patients présentant une barrière linguistique en contexte clinique, tel que manifesté par les infirmières ayant participé à la présente étude qui ont eu recours à différentes stratégies permettant de créer une atmosphère de détente et de plaisir. D'autres auteurs tels que Gerrish, *et al.*, (2004) et Timmins (2002) mentionnent également que le fait de témoigner de la « sensibilité » envers les clients allophones favorise l'établissement de relations de confiance tel qu'illustré dans le cadre de la présente étude.

Perceptions d'infirmières relativement aux conditions nécessaires à une prise de décision libre et éclairée

Bien que les infirmières n'aient pas utilisé les termes directement reliés au domaine de l'éthique, tel qu'opérationnalisé par Beauchamp et Childress (2001), elles expriment diverses préoccupations en lien avec ce domaine (Bunch, 2001; Pang, Sawada, Konishi, Olsen, Yu, Chan & Mayumi, 2003). Ce fait est appuyé par les résultats de la présente étude puisque quatre participantes sur onze s'exprimèrent ouvertement au sujet de différents dilemmes éthiques en lien avec des clients allophones sans toutefois utiliser de termes spécifiquement attribuables au cadre de référence de Beauchamp et Childress (2001). En d'autres termes, elles ont exprimé leurs préoccupations à ce sujet sans avoir recours à une terminologie spécifique.

Par exemple, les infirmières interviewées dans le cadre de cette étude expriment leur préoccupation d'offrir à leurs patients la possibilité de prendre une décision libre et éclairée tel que présenté dans le cadre de référence de Beauchamp et Childress (2001). Pour ce faire, elles s'assurent de respecter deux conditions.

La première est que la clientèle allophone puisse recevoir les informations nécessaires à la compréhension du problème posé. D'abord en évaluant son aptitude mentale et physique à les recevoir, ensuite, en s'assurant d'offrir les conditions nécessaires pour lui transmettre les informations en ayant recours à différentes ressources humaines et matérielles. Certains types de clientèles telles que les personnes âgées et confuses peuvent occasionner des difficultés supplémentaires pour certaines infirmières. Ces dernières affirment que cette clientèle risque davantage de ne pas être en mesure de comprendre les informations transmises et d'être inapte à les prendre en considération lors d'une prise de décision.

La deuxième condition nécessaire à une prise de décision libre et éclairée, est que le client allophone puisse comprendre les informations reçues. Pour ce faire, les infirmières interviewées ont exprimé avoir recours à différentes stratégies comme le fait de poser des questions après avoir fourni les explications nécessaires à un traitement donné. En guise d'illustration, une infirmière interviewée a relaté l'enseignement préopératoire dispensé à un client allophone en vue d'une chirurgie cardio-vasculaire. Cette infirmière mentionna s'être assurée que le patient allophone ait bien compris l'enseignement dispensé en posant plusieurs questions à ce sujet. Après quelques interrogations, elle réalisa qu'il n'avait pas été en mesure de comprendre toutes les informations qu'elle lui avait transmises. Elle procéda autrement pour faire son enseignement en ayant recours à un membre de la famille bilingue de ce patient et s'assura de nouveau qu'il ait bien compris les informations transmises à la fin de son enseignement. Cette infirmière considéra cette démarche essentielle afin de respecter les normes régissant sa pratique professionnelle. Ainsi, certains propos de l'infirmière réfèrent en quelque sorte à la deuxième phase du Modèle du consentement libre et éclairé de Beauchamp et Childress (2001) (Figure 2). L'étape des « éléments liés à l'information » aurait été franchie par l'infirmière lorsqu'elle s'assura d'avoir répondu au cinquième stade du procédé intitulé « compréhension des informations transmises » au patient (voir Figure 2).

D'autres exemples de dilemmes éthiques en lien avec le respect de l'autonomie de la clientèle allophone, tel que présenté dans l'approche par principes de Beauchamp et Childress (2001), ont été mentionnés par les infirmières. Un de ces exemples est le cas d'une personne confuse qui devait recevoir divers traitements sur une unité de soins intensifs. L'infirmière doutait de l'aptitude mentale de cette personne à prendre une décision libre et éclairée relativement aux traitements qui allaient lui être administrés. Elle mentionna que la présence de barrières linguistiques ne faisait que complexifier davantage la situation, rendant ainsi difficile l'évaluation mentale du patient afin de déterminer son aptitude à prendre une décision autonome. Certains types de clientèles, tels que les patients atteints de troubles neurologiques peuvent également, selon les infirmières, occasionner ce type de difficultés.

Quelques stratégies proposées par des infirmières relativement à cette responsabilité d'intervenir auprès d'une clientèle allophone

Les ressources utilisées par les infirmières afin d'exercer leur responsabilité d'établir d'une communication avec la clientèle allophone sont diverses et varient d'une unité à l'autre. Ceci correspond aux éléments identifiés au cours de l'étude pilote réalisée en 2004 par Vissandjée, *et al.* De plus, l'étude réalisée par Gerrish, *et al.*, (2004) a permis de constater que le niveau de connaissances de l'infirmière soignante, la disponibilité des services d'interprétariat et la confiance que l'infirmière attribue à la formation des interprètes disponibles peut affecter sa prise de décision quant à la stratégie qu'elle privilégiera pour optimiser sa communication avec une clientèle allophone. Ces résultats vont dans le sens de ceux de la présente étude. Cependant, il serait nécessaire de réaliser des études corrélationnelles afin d'établir de telles conclusions.

Tel que décrit par Gerrish, *et al.*, (2004), parmi les stratégies proposées par les infirmières relativement à cette responsabilité d'intervenir auprès d'une clientèle allophone, la débrouillardise est ressortie comme l'une des premières stratégies adoptées lors de la dispensation des soins. En effet, les résultats de l'étude de Gerrish, *et al.*,

(2004) proposent que les infirmières considèrent cette stratégie comme étant la norme en présence d'une clientèle présentant des barrières linguistiques. De plus, les infirmières de la présente étude ont aussi tendance à attribuer la responsabilité de la recherche et de la distribution de ressources permettant d'établir une communication avec la clientèle allophone à l'institution pour laquelle elles travaillent.

Parmi les stratégies les plus utilisées et également bien connues, les infirmières rencontrées disent avoir recours aux membres de la famille ou de la communauté du patient étant capables de traduire. Paradoxalement, ce type de ressource est également considéré comme étant le moins aidant par la majorité des répondantes. L'étude de Gerrish, *et al.*, (2004) a permis de constater que le recours aux membres bilingues de la famille du patient, spécialement les enfants, pouvait compromettre la confidentialité des échanges affectant ainsi les relations entre les membres de la famille, ce qui préoccupait les infirmières interviewées dans le cadre des focus groupes de cette étude qualitative.

Les infirmières ne perçoivent toutefois pas le recours à cette ressource humaine comme faisant partie de leur responsabilité et ce, contrairement aux résultats de l'étude de Cioffi (2003), où vingt-trois infirmières et sages-femmes ont été interviewées (n=23). Les infirmières interviewées dans le cadre de l'étude de Cioffi (2003) étaient préoccupées par le respect du principe de l'équité et de la justice dans l'accessibilité pour les personnes culturellement et linguistiquement différentes aux soins dans un temps raisonnable et une langue conforme. Un parallèle entre l'étude de Cioffi (2003) et l'un des principes de l'approche de Beauchamp et Childress (2001), la justice, peut être établi.

Il faut noter que les infirmières rapportent que le recours à leurs collègues de travail bilingues est une solution intéressante. A cet effet, Irvine *et al.*, (2006) ayant recueilli des données de nature qualitative auprès de quatre-vingt trois professionnels de la santé (n=83) dont vingt-sept sont des infirmières soignantes et des sages-femmes (n=27), constatent qu'afin de faciliter une certaine approche avec le patient ainsi que la relation thérapeutique, il est important de parler aux patients dans leur langue maternelle.

Les participantes à notre étude ont également mentionné que le recours à leurs collègues bilingues est une ressource facilement disponible et cela est perçu comme étant une ressource à faible coût. Cioffi (2003) a également identifié un résultat similaire dans le cadre de son étude qualitative portant sur les infirmières et les sages-femmes (n=23). Les répondantes de son étude ont rapporté avoir recours à leurs collègues de travail bilingues en raison de la disponibilité de cette ressource. Certaines ont remarqué que la présence de ces interprètes informels avait un impact positif sur leurs soins qui devenaient davantage individualisés et culturellement congruents.

L'usage d'interprètes formels rattachés à une banque de professionnels, ne se fait généralement que si les ressources matérielles ne suffisent pas à répondre à la demande des infirmières. Tel que démontré par l'étude pilote de Vissandjée, *et al.*, (2004), le choix de l'interprète et les conséquences de ce choix sur la qualité des soins n'est pas toujours judicieusement estimé par les soignants et les gestionnaires. Le non recours aux services d'interprétariat sur une base régulière en tant que stratégie privilégiée peut être expliqué par un manque d'informations quant à la disponibilité des interprètes de la banque de professionnels ainsi que de la façon d'utiliser cette ressource en contexte de soins (Gerrish, *et al.*, 2004).

Ainsi, bien que les infirmières rencontrées reconnaissent une certaine responsabilité de donner des soins de qualité par le biais d'une communication adéquate avec la clientèle allophone, plusieurs d'entre elles semblent résignées à un certain *statu quo*. Les infirmières interviewées perçoivent l'organisation dans laquelle elles travaillent comme étant un « organisme pourvoyeur » qui doit offrir davantage de ressources permettant de communiquer efficacement avec la clientèle allophone. Peu d'entre-elles ont exprimé un réel désir d'implication professionnelle dans la recherche active de ressources communicationnelles. Johnson, Noble, Matthews et Aguilar (1998) présentent un résultat semblable dans le cadre de leur étude quantitative conduite en Australie auprès de professionnels de la santé pouvant s'exprimer en plusieurs langues. Les résultats de l'étude de Johnson, *et al.*, (1998) démontrent que le personnel soignant bilingue

n'employait pas la totalité de leurs aptitudes communicationnelles en raison de facteurs organisationnels ne favorisant pas l'émergence des conditions nécessaires à l'utilisation de leurs capacités. D'autres études seraient nécessaires pour établir de telles conclusions dans un contexte canadien.

Forces et limites de l'étude

Une des forces de cette étude est de faire partie d'un projet de recherche de plus grande envergure. Les méthodes de collecte et d'analyse des données ont permis à l'étudiante-chercheur de trouver des résultats pertinents à son objet spécifique d'étude. Les échanges avec les membres de l'équipe de recherche ont contribué à enrichir le contenu de ses données ainsi que leur interprétation, accroissant ainsi la crédibilité des résultats obtenus.

Une limite à considérer est la réaction des infirmières soignantes interviewées. Elles peuvent avoir réagi sous l'effet de la « désirabilité sociale » qui a pu provoquer des réponses prédéterminées en lien avec leur responsabilité de communiquer efficacement avec la clientèle allophone. Le biais de la « désirabilité sociale » peut ainsi avoir affecté les résultats (Fisher, 1993). Afin de favoriser l'expression de réponses spontanées, l'étudiante-chercheur a eu l'occasion de valider les libellés des questions avec sa directrice et sa co-directrice ainsi que les membres de l'équipe de recherche du projet *L'interprétariat dans la pratique infirmière* non seulement dans le but de contrôler ce biais mais également dans un souci de constante clarté.

Le cadre de référence de Beauchamp et Childress (2001) a permis de soutenir la réflexion liée aux aspects éthiques et professionnels entourant les questions de recherche sous-jacentes à l'étude. Le modèle de prise de décision libre et éclairée permet de mieux saisir les composantes qui entrent en jeu lorsqu'une infirmière souhaite respecter l'autonomie du patient. La problématique qui semble ressortir des critiques en regard dudit modèle est le fait qu'il exige une compréhension et une interprétation plus globalisante de la réalité (Saint-Arnaud, 1999). Ce cadre de référence n'a pas permis

d'approfondir la notion de responsabilité professionnelle telle que définie par les participantes. À cet effet, le recours à un deuxième cadre de référence complémentaire au premier aurait probablement pu s'avérer utile.

Recommandations

À la lumière des résultats obtenus, certaines recommandations pour la recherche, la formation ainsi que la pratique infirmière peuvent être formulées. Celles-ci ont été émises dans la continuité de l'esprit du cadre de référence retenu.

Recommandations pour la recherche

Premièrement, il ressort de cette étude qu'étant donné le fait que la communication est au cœur de la responsabilité infirmière lors de la prestation des soins en présence d'une clientèle allophone, il est important de l'intégrer dans le but et les questions de recherche des études à venir. La deuxième recommandation pour la recherche est la prise de conscience des principes de la bioéthique lors de prestations de soins infirmiers. Il serait dès lors nécessaire d'approfondir ces principes dans le cadre de nouvelles études portant sur les infirmières notamment en contexte linguistiquement diversifié. L'étude et l'approfondissement des principes présentés dans le cadre de l'approche par principes de Beauchamp et Childress (2001) permettraient de mieux connaître les réflexions des infirmières par rapport à leurs responsabilités en vue de l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients.

Il est suggéré de favoriser le développement de projets de recherche qui traitent de façon plus approfondie des divers aspects constituant la responsabilité des infirmières, notamment en présence de barrières linguistiques. Par exemple, une étude pourrait se pencher sur la question plus spécifique de la responsabilité des infirmières soignantes relativement au choix de traitements de fin de vie pour une clientèle allophone. Il serait intéressant de poursuivre des recherches dans cette perspective afin d'améliorer la qualité des soins offerts à la clientèle allophone se trouvant dans divers contextes

cliniques.

Recommandations pour la formation

Suite aux réponses et préoccupations des infirmières concernant les interventions en contexte clinique avec une clientèle allophone, notamment ce sentiment de responsabilité concomitante avec celui d'un 'manque de ressources', il est recommandé d'offrir différentes formations à cet égard. Il est suggéré de sensibiliser davantage les infirmières soignantes à la notion de responsabilité et à ce que cela implique en contexte de soins. Il est conseillé d'offrir une préparation plus systématique dans le cadre des cours offerts lors de la formation de base ainsi que de formation continue dispensées aux infirmières soignantes. Cette préparation portant sur la notion de responsabilité en présence d'une clientèle allophone pourrait se faire lors d'interventions en collaboration et ce, dans un souci de contribuer à la capacité à réfléchir et à intervenir de la part des infirmières soignantes auprès d'une clientèle allophone.

Les résultats montrent également que travailler avec les interprètes formels et informels représente un défi. Des sessions de formation, offertes aux infirmières en contexte collégial et universitaire, seraient requises afin d'explorer les différentes avenues possibles pour faciliter la communication avec la clientèle allophone.

Recommandations pour la pratique

Une des premières stratégies recommandée est de créer des lignes directrices en soins infirmiers en collaboration avec la Direction afin de clarifier la disponibilité ainsi que l'accès à des stratégies variées de communication sur les unités. Puisque les besoins peuvent varier d'une institution ainsi que d'une unité à l'autre, il est important de faire appel aux personnes impliquées à l'interne pour élaborer ces lignes directrices en les adaptant au contexte de soins. Il serait également nécessaire de faire état des points positifs et négatifs de chaque ressource afin que les infirmières puissent faire un choix approprié.

Le développement d'outils cliniques permettant aux infirmières soignantes de mieux communiquer avec la clientèle allophone est la deuxième stratégie recommandée pour la clinique afin d'améliorer la communication avec la clientèle allophone. En collaborant à la réalisation de tels outils qui répondent aux besoins des infirmières, ces dernières pourraient se sentir davantage impliquées et participer activement à l'amélioration de la qualité des soins dispensés à la clientèle allophone qui séjourne sur leur unité de soins. Par exemple, il serait possible d'envisager la création de fiches comprenant des images et des mots fréquemment utilisés en contexte clinique et de les traduire en plusieurs langues.

Conclusion

Dans un monde qui non seulement se diversifie culturellement et linguistiquement mais dont les soins se complexifient de plus en plus, il apparaît juste de sensibiliser davantage les infirmières aux normes éthiques et professionnelles régissant leur pratique clinique. Cette étude avait pour but d'identifier les perceptions d'infirmières œuvrant dans un centre hospitalier relativement à la responsabilité d'établir une communication en présence de barrières linguistiques avec une clientèle allophone. Les résultats des onze entretiens semi-structurés auprès d'infirmières soignantes sélectionnées aléatoirement dans un centre hospitalier universitaire de Montréal permettent de mieux circonscrire les perceptions des infirmières soignantes confrontées à des barrières linguistiques en contexte hospitalier. Les participantes mentionnent avoir une préoccupation de communiquer avec une clientèle allophone. Cette communication s'inscrit dans la responsabilité qu'ont exprimée les infirmières d'établir une relation de confiance ainsi que d'assurer les conditions dans lesquelles un patient allophone peut prendre une décision libre et éclairée. L'approche par principes de Beauchamp et Childress (2001) permis d'approfondir une réflexion sur ce sujet. Plusieurs thèmes ont été identifiés et présentés dans une tentative de catégorisation des thèmes illustrée sous forme de tableau en lien avec le cadre de référence choisi. Les principaux thèmes identifiés sont les suivants : une préoccupation de donner des soins de qualité en

établissant une communication, l'établissement d'une relation de confiance, les conditions permettant une prise de décision libre et éclairée, les stratégies utilisées comprenant les ressources internes (débrouillardise) ainsi que les ressources externes (ressources humaines telles que les membres de la famille du patient et collègues bilingues; ressources matérielles telles que les lexiques). Il ressort de cette étude que les infirmières perçoivent un devoir de communiquer avec la clientèle allophone qu'elles desservent à l'aide de différentes stratégies afin de favoriser les conditions permettant une prise de décision libre et éclairée telle que présentée dans le cadre de référence retenu. Tant dans le domaine de la recherche, de la formation et de la clinique, ces aspects devraient être davantage reconnus et intégrés afin de favoriser une application concrète de ces normes qui répondent à la pratique infirmière. Ceci dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins dispensés aux patients allophones présentant d'importants défis pour les infirmières soignantes en contexte hospitalier.

Références

- Andrews, M.M. (2003). Culturally competent nursing care. Dans M.M., Andrews, J.S., Boyle & C.T., Jean (Éds.) *Transcultural Concepts in Nursing Care*, (4^e éd.), (pp. 23-34). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Barnes, D.M., Davis, A.J., Moran, T., Portillo, C.J. & Koenig, B.A. (1998). Informed Consent in a Multicultural Cancer Patient Population: Implications for Nursing Practice. *Nursing Ethics*, 5, 5, 412-423.
- Battaglini, A., Désy, M., Dorval, D., Poirier, L.R., Fournier, M., Camirand, H., & Fecteau, D. (2005). *L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes: Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate*. Montréal: Agence de développement de réseaux locaux de service de santé et de services sociaux du Québec.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*, (5^e éd.). New York: Oxford University Press. Bernard, A., Whitaker, M., Ray, M., Rockich, A., Barton-Baxter, M., Barnes, S.L.,
- 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*, 22, 6, 355-358.
- Bischoff, A., Bovier, P.A., Rrustemi, I., Gariazzo, F., Eytan, A., & Loutan, L. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social Science and Medicine*, 57, 503-512.
- Bischoff, A., Perneger, T.V., Bovier, P.A., Loutan, L., & Stalder, H. (2003). Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *British Journal of General Practice*, 53, 541-546.
- Bolton, J. (2002). The third presence: a psychiatrist's experience of working with non-English speaking patients and interpreters. *Transcultural Psychiatry*, 39,1, 97-114.
- Bourque, R. (2004). *Guide sur les services de santé et les services sociaux pour les interprètes en milieu social*. Montréal: Service aux communautés linguistiques et ethnoculturelles. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.
- Bowen, S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Ottawa: Santé Canada.
- Bowen, S. (2004). *Language barriers within the Winnipeg regional health authority: Evidence and implications*. Winnipeg: Office régional de la santé de Winnipeg.

- Bunch, E.H. (2001). Hidden and emerging drama in a Norwegian critical care unit: ethical dilemmas in the context of ambiguity. *Nursing Ethics*, 8, 1, 57-67.
- Cioffi, J. (2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in acute care setting: nurses experience. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 299-306.
- Code civil du Québec. L.Q., c-1991, c.64, (1991). Québec : Éditeur officiel du Québec.
- Dunckley, M., Hughes, R., Addington-Hall, J.M., & Higginson, I.J. (2003). Translating clinical tools in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 4, 420-426.
- Eckhardt, R., Mott, S., & Andrew, S. (2006). Culture and communication: identifying and overcoming the barriers in caring for non-English speaking German patients. *Diversity in Health and Social Care*, 3, 19-25.
- Fisher, R. J. (1993). Social desirability bias and the validity of indirect questioning. *Journal of Consumer Research*, 20, 303-315.
- Fostier, P. (2005). Les patients de culture différente. Dans C. Richard & M.T. Lussier. (Éds). *La communication professionnelle en santé*, (pp. 461-482). Québec: Éditions du renouveau pédagogique.
- Fredriksson, L., & Eriksson, K. (2003). The ethics of the caring conversation. *Nursing Ethics*, 10, 2, 138-148.
- Garcia, E.A., Roy, L.C., Okada, P.J., Perkins, S.D., & Wiebe, R.A. (2004). A comparison of the influence of hospital-trained ad hoc and telephone interpreters on perceived satisfaction of limited English-proficient parents presenting to a pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 20, 6, 373-378.
- Gerrish, K., Chau, R., Sobowale, A., & Birks, E. (2004). Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. *Health and Social Care in the Community*, 12, 5, 407-413.
- Hemlin, I. (2006). Rencontre avec interprète ou de l'interculturel à trois. *Défi jeunesse*, 7, 2, 9-13.
- Hrycak, N., & Jakubec, S.L. (2006). Sensibilisation culturelle: Écouter les voix différentes. *Infirmière canadienne*, 7, 6, 20-24.
- Hwa-Froelich, D.A., & Westby, C.E. (2003). Considerations when working with interpreters. *Communication Disorders Quarterly*, 24, 2, 78-85.

- Irvine, F.E., Roberts, G.W., Jones, P., Spencer, L.H., Baker, C.R., & Williams, C. (2006). Communication sensitivity in the bilingual healthcare setting: A qualitative study of language awareness. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 4, 422-434.
- Jacobs, E., Chen, A.H., Karliner, L.S., Agger-Gupta, N., & Mutha, S. (2006). The need for more research on language: barriers in health care: A proposed research agenda. *The Milbank Quarterly*, 84, 1, 111-133.
- Jacobs, E.A., Shepard, D.S., Suaya, J.A., & Stone, E-L. (2004). Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services. *American Journal of Public Health*, 94, 5, 866-869.
- Johnson, M., Noble, C., Matthews, C. & Aguilar, N. (1998). Towards culturally competent healthcare : language use of bilingual staff. *Australian Health Review*, 21, 3, 49-65.
- Kaufert, J.M., & Putsch, R.W. (1997). Communication through interpreters in healthcare: ethical dilemmas arising from differences in class, culture, language and power. *The Journal of Clinical Ethics*, 8, 1, 71-85.
- Lajeunesse, Y. (2005). Les enjeux éthiques de la communication. Dans C., Richard & M.T., Lussier. (Éds). *La communication professionnelle en santé*. (pp. 62-79). Québec: Éditions du Renouveau pédagogique.
- Lefebvre, H., & Cardinal, S. (2002). L'entrevue. Dans M., Brûlé & L., Cloutier. (Éds). *L'examen clinique dans la pratique infirmière*. (pp. 16-28). Québec: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Lepain, C. (2003). L'approche culturelle en soins infirmiers pour les patients musulmans Maghrébins relevant des soins palliatifs. *Recherche en soins infirmiers*, 72, 4-33.
- Le Petit Robert*. (2003). Paris: Le Robert
- Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L.R.Q., c. S-4.2. (1991) Québec : Éditeur officiel du Québec.
- Martino Maze, C.D. (2005). Registered nurses' personal rights vs. professional responsibility in caring for members of underserved and disenfranchised populations. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 546-554.
- McAll, C., Tremblay, L., & Le Goff, F. (1997). *Proximité et distance: les défis de communication entre intervenants et clientèle multiethnique en CLSC*. Montréal: Éditions Saint-Martin.
- Mesa, A.-M. (1997). *L'interprète culturel: un professionnel apprécié. Étude sur les services d'interprétation: le point de vue des clients, des intervenants et des*

- interprètes*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (2003). *Analyses des données qualitatives*, (2^e éd.). Bruxelles: Éditions de Broeck Université.
- Ministère de l'Immigration et des Communautés Culturelles (2006). *Tableaux sur l'immigration au Québec 2001-2005*. Récupéré le 17 juin 2007 de http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/pdf/Immigration_Quebec_2001-2005.pdf.
- Ministère de l'Immigration et des Communautés Culturelles (2005). *Portraits statistiques de la population immigrée recensée en 2001: ville de Montréal et ses arrondissements : Recensement 2001: données ethnoculturelles*. Récupéré le 25 octobre 2007 de <http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/Stat-population-immigre-Montreal-arrondissements-2001.pdf>
- Munoz, M., & Kapoor-Kohli, A. (2007). Les barrières de langue comment les surmonter en clinique? *Le médecin du Québec*, 42, 2, 45-52.
- Murphy, K., & Clark, J. (1993). Nurses experiences of caring for ethnic minority clients. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 442-450.
- Nailon, R.E. (2006). Nurses concerns and practices with using interpreters in the care of latino patients in the emergency department. *Journal of Transcultural Nursing*, 17, 2, 119-128.
- N'Vivo 7 (2007). *N'Vivo 7: QSR international Pty Ltd*. Récupéré le 15 mai 2007 de http://www.qsrinternational.com/products_nvivo.aspx.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2002). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, c. I-8, r.4.1. Québec, Canada: Éditeur officiel du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2005). Le respect dans la relation entre l'infirmière et le client, *Le journal*, 2, 5. p. n.d. Consulté le 20 août 2007 de <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Journal/vol2no5/ss04.htm>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2005). Les obligations déontologiques de l'infirmières et le consentement aux soins, *Le journal*, 2, 3. p. n.d. Consulté le 20 août 2007 de <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Journal/vol2no3/ss01.htm>
- Ozolins, L.L., & Hjelm, K. (2003). Nurses experiences problematic situations with migrants in emergency care in Sweden. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 7, 84-93.
- Pang, S. M-C., Sawada, A. Konishi, E., Olsen, D.P., Yu, P.L. Chan, M-F., & Mayumi, N. (2003). A comparative study of Chinese, American, Japanese nurses' perceptions of ethical role responsibilities. *Nursing Ethics*, 10, 3, 295-310.

- Patenaude, O. (1998). *Au cœur des soins infirmiers: guide d'apprentissage de la relation d'aide*. Québec: Point Tournant.
- Perkins, J., & Vera, Y. (1998). Legal protections to ensure linguistically appropriate health care. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9, 62-80.
- Poupart, J., Groulx, L-H., Deslauriers, J-P., Laperrière, A., Meyer, R., & Pires, A.P. (1997). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin éditeur.
- Rosenberg, E. (2005). Les patients accompagnés. Dans C. Richard & M.T. Lussier (Éds). *La communication professionnelle en santé*, (pp. 503-527). Québec: Éditions du renouveau pédagogique.
- Roy, G., & Kapoor-Kohli, A. (2004). Intervenir avec un interprète: rencontre malgré les interférences. *Intervention, Le travail social et les pratiques interculturelles*, 120, 35-35.
- Saint-Arnaud, J. (1999). *Enjeux éthiques et technologies biomédicales: contribution à la recherche en bioéthique*. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.
- Solomon, M.Z. (1997). From what's neutral to what's meaningful: reflections on a study of medical interpreters. *The Journal of Clinical Ethics*, 8, 1, 88-93.
- Soucy, O. (1998). Une nouvelle réalité dans les milieux de santé: les soins ethnoculturels. *Le gérontophile*, 20, 2, 41-44.
- Timmins, C. (2002). The impact of language barriers on the healthcare of Latinos in the US: A review of the literature and guidelines for practice. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 47, 3, 80-96.
- Tremblay, L., Brouillet, M-I., Rhéaume, J., & Laquerre, M.E. (2006). Représentations de la relation à l'autre dans l'intervention interculturelle: quand la différence passe par le tiers. *Cahier METISS*, 1, 1, 37-44.
- Ulin, P.R., Robinson, E.T., & Tolley, E.E. (2005). *Qualitative Methods in Public Health: A Field Guide for Applied Research*. San Francisco: Jossey Ross.
- Villarruel, A.M., Portillo, C.J., & Kane, P. (1999). Communicating with limited English proficiency persons: implications for nursing practice. *Nursing Outlook*, 47, 262-270.
- Vissandjée, B., & Dupéré, S. (2000). La communication interculturelle en contexte clinique: une question de partenariat. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 32, 1, 99-113.

- Vissandjée, B., & Hemlin, I. (2006). Soins infirmiers transculturels. Dans S.C., Smeltzer & B.G. Bare (Éds). *Médecine et chirurgie: Brunner et Suddarth*, (4^e éd.), (pp.143-154). Québec: Éditions du Renouveau Pédagogique, Inc.
- Vissandjée, B., Hemlin, I., Carnevale, F., Rosenberg, H., Mbulu, H., Battaglini, A., & Ledoux, I. (2006). *L'interprétariat dans la pratique infirmière*. Projet de recherche. Montréal.
- Vissandjée, B., Hemlin, I. & Roy, S. (2004). *Communication avec la clientèle allophone et continuité des soins infirmiers: une équation à résoudre pour la qualité. Étude exploratoire*. Rapport 2004-2005, soumis à l'Université de Montréal.

Annexes

Annexe A

Tableaux synthèse I-II-III

Tableau I : Synthèse des écrits ayant un devis qualitatif

| AUTEUR TITRE | DEVIS | BUT | MILIEU / PARTICIPANTS | COLLECTE DE DONNÉES | RÉSULTATS RECOMMAN- DATIONS | LA CONTRIBUTION DES RÉSULTATS / RECOMMAN- DATIONS À L'ÉTUDE PROPOSÉE |
|---|---|--|---|--|--|--|
| Tremblay, L., Brouillet, M.-I., Rhéaume, J. & Laquerre, M.E. (2006). <i>Représentations de la relation à l'autre dans l'intervention interculturelle : quand la différence passe par le tiers.</i> | Étude qualitative mixte de nature descriptive | Examiner et comprendre le fonctionnement des situations de communication intervenant-usager-interprète à domicile. | Montréal, Canada/ N= N.D. Interprètes professionnels intervenants du programme de maintien à domicile d'un CLSC. | Entrevues semi-dirigées Deux entrevues de groupe Deux groupes de discussion Cinq observations d'interventions à domicile. | <ul style="list-style-type: none"> • Les difficultés de communication reliées aux barrières linguistiques sont celles qui sont le plus souvent nommées par les intervenants des organismes publics, parapublics et communautaires. • Les intervenants reconnaissent l'existence de difficultés reliées aux barrières linguistiques et aux interprètes. • La présence de l'interprète pourrait diminuer la qualité de l'intervention en ce qui a trait à la relation de confiance. | L'impact sur la qualité des soins du patient est présenté. La préoccupation importante des difficultés communicationnelles chez les intervenants. |
| Garcia, E.A. Roy, L.C., Okada, P.J., Perkins, S.D. & Wiebe, R.A. (2004). <i>A comparison of the influence of hospital-trained ad hoc and telephone interpreters on perceived satisfaction of limited english-proficient parents presenting to a pediatric emergency department.</i> | Devis qualitatif Étude comparative | Déterminer si le mode d'interprétariat influence la satisfaction des patients allophones en milieu de soin tertiaire sur un département d'urgence pédiatrique. | Texas, États-Unis/ N=240 parents de patients se présentant dans une urgence pédiatrique Groupe expérimental : n=180 parents de patients Groupe témoin : N=60 parents de patients | Questionnaires | <ul style="list-style-type: none"> • Les parents latinos ont affirmés que la première barrière dans l'accès aux services de santé pour leurs enfants était la langue. • Les parents étaient nettement plus satisfaits avec l'utilisation d'interprètes formels. • La qualité de soins était significativement meilleure avec les interprètes formels. • Les barrières | L'impact sur la qualité des soins est analysé. |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|---|
| | | | | | linguistiques contribuent à une moindre compliance, des suivis inappropriés ainsi que l'insatisfaction des patients. | |
| Gerrish, K., Chau, R., Sobowale, A. & Birks, E. (2004). <i>Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing.</i> | Devis qualitatif Étude descriptive | Examiner l'utilisation des services d'interprètes auprès des infirmières soignantes de différents points de vue. | Angleterre/ N=7-13 Infirmières soignantes 5 focus groupes Nbr de personnes par groupe : N.D. | Entrevues Focus groupe | <ul style="list-style-type: none"> • De nombreux éléments affectaient le choix de la stratégie communicationnelle tels que le niveau de connaissance, la disponibilité des services et la confiance en la formation des interprètes. • Les infirmières utilisent peu les services d'interprétariat. • Toutes les infirmières interrogées étaient préoccupées par les conséquences d'une mauvaise communication avec un patient allophone. | Traite des perceptions des infirmières reliées aux enjeux de la communication. |
| Ozolins, L.L. & Hjelm, K. (2003). <i>Nurses experiences problematic situations with migrants in emergency care in Sweden.</i> | Devis qualitatif Étude exploratoire-descriptive Modèle sunrise de Leininger | Explorer et décrire les situations rapportées par les infirmières en présence d'immigrants dans un contexte d'urgence décrit comme étant problématique. | Suède/ N = 49 infirmières comprenant 64 situations problématiques rapportées. | Analyse de description écrite des situations problématiques vécues avec des personnes immigrantes. | <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés reliés aux comportements inattendus (refus de l'aide offerte), aux barrières linguistiques, aux contacts avec la famille, aux autorités, aux facteurs organisationnels, aux rôles sociaux, aux situations de persécution (violence) et aux thérapies non-traditionnelles. • Les principaux problèmes vécus touchent les barrières linguistiques et culturelles. | L'impact sur la qualité des soins défini par les infirmières. |

Tableau II : Synthèse des écrits ayant un devis quantitatif

| AUTEUR TITRE | DEVIS | BUT | MILIEU / PARTICIPANTS | COLLECTE DE DONNÉES | RÉSULTATS RECOMMAN- DATIONS | LA CONTRIBUTION DES RÉSULTATS / RECOMMAN- DATIONS À L'ÉTUDE PROPOSÉE |
|---|--|--|---|---|--|---|
| Jacobs, E.A., Shepard, D.S., Suaya, J.A. & Stone, E-L. (2004). <i>Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services.</i> | Devis quantitatif Étude comparative | Décrire l'impact des services d'interprétariat sur les coûts et l'utilisation des services de santé chez les patients allophones. | États-Unis/ Groupe expérimental : N=380 patients Groupe de comparaison : N=4119 patients | Pré et post-test Implantation d'un service d'interprétariat. | <ul style="list-style-type: none"> Les coûts approximatifs de services d'interprétariat par personne sont de 279 \$ par personne par année. | Offrir des services d'interprétariat est une méthode efficace pour offrir des soins de qualité aux patients allophones. |
| Bischoff, Bovier, Rrustemi, Gariazzo, Eytan, & Loutan (2003). <i>Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language.</i> | Devis quantitatif avec pré-post test intervention clinique | Déterminer l'efficacité d'une nouvelle intervention clinique qui améliore la communication des médecins qui travaillent en collaboration avec une clientèle allophone. (workshop, focus groupe, manuels). | Suisse/ Deux échantillons N= 1016 Pré-test : n= 410 patients Post-test: N= 606 patients | Entraîner les médecins à travailler en collaboration avec les interprètes et la clientèle allophone avec une formation donnée à cet effet. | <ul style="list-style-type: none"> Les patients allophones font davantage de visites médicales que la moyenne. Ils reçoivent généralement moins de suivis médicaux que la population d'origine. Ils sont généralement moins compliants aux traitements recommandés par le médecin. Ils reçoivent une moins bonne évaluation médicale ainsi que moins de conseils préventifs. | Pertinent pour le domaine clinique, impact sur la qualité des soins abordé. |

Tableau III : Synthèse des écrits (autres)

| AUTEUR TITRE | DEVIS | BUT | MILIEU / PARTICIPANTS | COLLECTE DE DONNÉES | RÉSULTATS RECOMMAN- DATIONS | LA CONTRIBUTION DES RÉSULTATS/ RECOMMAN- DATIONS À L'ÉTUDE PROPOSÉE |
|---|----------------------------------|--|--------------------------|--|---|--|
| Hemlin, I. (2006). <i>Rencontre avec interprète ou de l'interculturel à trois.</i> | Article analytique informatif | Décrire le rôle de l'interprète en milieu social. Conseils pour travailler efficacement avec un interprète (tableau). | Québec, Canada | N.D. | <ul style="list-style-type: none"> • La possibilité pour les allophones d'accéder aux services de santé et aux services sociaux dans leur langue est reconnue dans la législation depuis maintenant vingt ans. En 1986, la <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>. • Il revient à l'établissement et ses employés de prendre les moyens nécessaires pour établir le lien de communication. | Le rôle de l'interprète en milieu clinique dans la région de Montréal. |
| Jacobs, E., Chen, A.H., Karliner, L.S., Agger-Gupta, N. & Mutha, S. (2006). <i>The need for more research on language: barriers in health care: A proposed research agenda.</i> | Revue de littérature | Retour sur 151 articles provenant des bases de données PubMed, PsychINFO et sociological. | États-Unis | Traite des barrières linguistiques et de l'interprétariat. | <ul style="list-style-type: none"> • Les clients allophones sont plus souvent admis en CH, y demeurent plus longtemps, reçoivent moins d'analgésiques, ont des diagnostics inappropriés et risquent de souffrir davantage d'erreurs médicales. • Les allophones sont plus souvent insatisfaits et souffrent de moins de services post-hospitaliers. • L'utilisation des interprètes formels améliore la compliance aux traitements, la | Revue de littérature pertinente sur les barrières linguistiques concernant leur impact sur la qualité des soins. |

| | | | | | | |
|---|---|--|------------------|--------------------------------------|---|---|
| | | | | | satisfaction et le suivi des patients. | |
| Battaglini, A., Désy, M., Dorval, D., Poirier, L.R., Fournier, M., Camirand, H. & Fecteau, D. (2005). <i>L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate.</i> | Rapport de l'étude sur l'adéquation des services aux besoins des personnes immigrantes. Équipe culture et migration. Direction de santé publique de Montréal. | Alimenter la réflexion portant sur les besoins propres à la région montréalaise en termes d'interventions en contexte pluriethnique. | Québec, Canada | Recensement 2001 Statistiques Canada | <ul style="list-style-type: none"> Le tiers de la population montréalaise est née à l'extérieur (28 %). La présence de populations immigrantes à des effets importants sur les services : durée plus longue (40 % de plus pour 7,3 % des usagers), modes particuliers d'utilisation des services, présence nécessaire d'interprètes ; besoins, pour les intervenants, de formation sur l'immigration et l'interculturel.. Des coûts supplémentaires qui s'élèvent à 6 320 430 \$ auprès de cette population. | Traite de l'impact sur la qualité des soins et portrait globale de la situation dans la région de Montréal. |
| Bourque, R. (2004). <i>Guide sur les services de santé et les services sociaux pour les interprètes en milieu social.</i> | Guide pour interprètes | Grandes lignes de l'interprétariat. | Québec, Canada | N.D. | <ul style="list-style-type: none"> Guide concernant le rôle de l'interprète au Québec. | Lignes de conduite et code d'éthique des interprètes pertinents. |
| Bowen, S. (2004). <i>Language barriers within the Winnipeg regional health authority: Evidence and implications.</i> | Rapport de l'Office régional de la santé de Winnipeg. | L'impact des barrières linguistiques sur le système de santé canadien. | Winnipeg, Canada | N.D. | <ul style="list-style-type: none"> Principaux impacts des barrières linguistiques an niveau international et national. | Document qui traite de la question des barrières linguistiques à l'échelle nationale, nombreux éléments de la problématique s'y trouvent. |

Annexe B
Tableau synthèse IV

Tableau IV : Synthèse des écrits portant sur l'état des connaissances au Québec

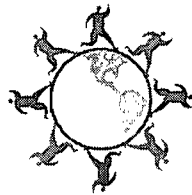
| AUTEUR TITRE | DEVIS | BUT | MILIEU / PARTICIPANTS | COLLECTE DE DONNÉES | RÉSULTATS RECOMMAN- DATIONS | LA CONTRIBUTION DES RÉSULTATS / RECOMMAN- DATIONS À L'ÉTUDE PROPOSÉE |
|---|---|---|--------------------------|--|--|---|
| Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2002). | <i>Code de déontologie des infirmières et infirmiers.</i> | | Québec | Normes professionnelles régissant la pratique. | SECTION II § 1. Relation de confiance 28. L'infirmière ou l'infirmier doit chercher à établir et à maintenir une relation de confiance avec son client. SECTION III § 1. Information et consentement | Base de la notion de la responsabilité professionnelle des infirmier(ess) au Québec. |
| Fostier, P. (2005). Les patients de culture différente. Dans C. Richard, & M.T. Lussier, (Éds). <i>La communication professionnelle en santé.</i> | Chapitre 18 | Différentes barrières ainsi que la communication selon une approche transculturelle. Communiquer avec le patient tout en intégrant la différence culturelle nécessite l'adaptation continue du médecin. | Montréal, Québec | | L'écoute et la compréhension des personnes issues de d'autres cultures demandent des ajustements et des techniques appropriées. L'engagement d'un interprète formel ne peut se faire que dans des établissements de soins bien organisés, où l'approche multidisciplinaire du patient est de rigueur. Certains médecins ne comprennent pas réellement le problème posé par le client, il s'en suit alors une revendication importante d'examen complémentaires et de prescription de | Permet de mieux saisir la relation établie entre le médecin, le patient allophone et l'interprète en contexte clinique québécois. |

| | | | | | | |
|---|------------------|--|--|------------------|---|---|
| | | | | | médicaments. Avec des patients de culture différente, le style d'entretien revêt une grande importance et il déterminera le genre de relation et le degré de confiance entre le médecin et le patient. | |
| Rosenberg, H. (2005). Les patients accompagnés. Dans C. Richard & M.T. Lussier, (Éds). <i>La communication professionnelle en santé</i> . | Chapitre 20 | La communication avec la clientèle allophone : perspectives des médecins. | Québec | | Il existe une corrélation entre les barrières linguistiques médecin-patient et une insuffisance sur le plan de la communication ainsi que de la qualité des soins (Voir Rivadencyra <i>et al.</i> , 2000). Les patients en présence d'interprètes considèrent le médecin comme moins amical et respectueux (Voir Cooper-Patrick <i>et al.</i> , 1999). Des rencontres plus longues et plus régulières ont tendance à améliorer l'efficacité de la relation thérapeutique. Lorsque la relation de confiance est établie, les deux intéressés tiennent compte des difficultés liées à la langue. Filtrage de l'information. | Permet de mieux saisir la relation établie entre le médecin, le patient allophone et l'interprète en contexte clinique québécois. Conseils pratiques concernant l'usage d'interprètes en milieu clinique par le médecin. |
| Roy, G. & Kapoor-Kohli, A. (2004). <i>Intervenir avec un interprète : rencontre malgré les interférences</i> . | Article clinique | Réflexions sur l'intervention sociale et le processus de communication avec interprète dans une relation d'aide avec un immigrant ne parlant ni le français, ni l'anglais. | Montréal, Québec Réalité du milieu communautaire au CSSS de la Montagne, CLSC Côte-des-Neiges | Histoires de cas | L'acquisition d'une expérience, le resserrement du déroulement de l'entrevue, la maîtrise d'approches psychosociales, la connaissance du processus de | Tableau processus de communication avec interprète. Notion de compétence communicationnelle. Différentes formes d'interpréariat. |

| | | | | | | |
|---|--|--|------------------|--|--|--|
| | | | | | <p>communication interculturelle, la sensibilité à une approche culturelle des problèmes sociaux, s'avèrent particulièrement utile pour ressentir un relatif confort en présence d'un interprète.</p> <p>Une langue contient un vocabulaire, mais surtout renvoie à un contexte culturel, social, politique et historique.</p> <p>La communication verbale est influencée par le vocabulaire, la structure grammaticale, l'intonation, l'expression, les silences, etc.</p> <p>Le paralangage, les gestes, les expressions du visage, les mouvements corporels, le contact visuel, les vêtements, le toucher, la conception de l'espace, la structuration du temps, constituent de riches indicateurs d'univers de sens à découvrir.</p> <p>Communiquer c'est établir une relation entre des personnes qui ont, en général, des significations communes qu'elles attribuent aux mots, intonations, gestes, attitudes corporelles, positions dans l'espace et façons de s'habiller.</p> | |
| Soucy, O. (1998). <i>Une nouvelle réalité dans les milieux de santé : les</i> | Article descriptif sur la situation des personnes âgées dans un milieu | | Montréal, Québec | | La culture d'une personne âgée immigrante est | Modèle de la résolution de problèmes de Barette et al. (1993). |

| | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|--|--|---|--|
| soins ethnoculturels. | culturellement diversifié. | | | <p>confrontée à la culture de son pays d'adoption. Chaque groupe ethnique présente des particularités et des variables culturelles qui lui sont propres. La communication interculturelle et la compréhension est rompue lorsque le soignant projette sur le malade ses propres valeurs et ses comportements spécifiquement culturels. L'infirmière ne doit pas croire que tous les types de communication sont considérés comme généralisables à tous les individus d'une culture donnée, car les modes de communication sont souvent uniques. Le fait de ne pas être comprise ajoute à la gêne de la personne âgée et à la non-satisfaction de ses besoins. L'infirmière doit établir une communication adéquate.</p> | Tient compte du rôle de l'infirmière en termes de communication avec la clientèle allophone. |
|-----------------------|----------------------------|--|--|---|--|

Annexe C
Fiche-conseil



CONSEILS POUR TRAVAILLER EFFICACEMENT AVEC UN INTERPRÈTE

| QUOI FAIRE | POURQUOI |
|---|--|
| AVANT L'INTERPRÉTATION | |
| ↳ Fixez le rendez-vous le plus tôt possible et respectez l'heure. | ↳ Pour s'assurer de la disponibilité de l'interprète et minimiser vos coûts. |
| ↳ Informez l'interprète du nom du client et vérifiez s'il est à l'aise d'interpréter pour lui. | ↳ L'interprète peut souhaiter se désister (conflit d'intérêt, lien de parenté, etc.). |
| ↳ Expliquez-lui brièvement la situation et la façon dont vous souhaitez procéder. | ↳ Il a besoin de se préparer (vocabulaire spécifique, préparation psychologique). |
| ↳ Prévoyez plus de temps qu'à l'habitude. | ↳ Tout doit être dit deux (2) fois. |
| PENDANT LA RENCONTRE | |
| ↳ Présentez-vous au client, présentez-lui l'interprète et informez-le de son rôle, de son impartialité et de la confidentialité des échanges. | ↳ Cela permet d'asseoir la neutralité de l'interprète et de faire comprendre au client que vous êtes la personne qui dirige l'interaction. |
| ↳ Vérifiez si le client est à l'aise face à cet interprète. | ↳ Le client a le droit de refuser l'aide de l'interprète. |
| ↳ Placez-vous en triangle si possible, parlez directement au client et regardez-le. | ↳ De cette façon, le client se sent le sujet principal de l'intervention. |
| ↳ Faites les salutations d'usage, l'interprète les reformulera en tenant compte de la culture du client. | ↳ Le respect des codes d'entrée en communication est indispensable afin d'établir la confiance du client. |
| ↳ Évitez le langage technique. Donnez vos informations en petites quantités à la fois de façon claire et complète. | ↳ La traduction phrase par phrase est la plus sûre et réduit le risque d'omission. |
| ↳ Demandez au client de répéter les instructions s'il y a lieu. | ↳ Afin de vous assurer qu'elles ont été bien comprises. |

| | |
|---|--|
| ↳ Ne discutez pas le cas en présence du client, il comprend peut-être quelques mots de français ou d'anglais. | ↳ Le client pourrait avoir l'impression qu'on décide de son sort sans le consulter. |
| ↳ Ne déléguez pas votre responsabilité professionnelle. Vous êtes le maître de l'intervention. | ↳ Ce n'est pas le rôle de l'interprète d'expliquer une loi, un vaccin, un diagnostic ou un traitement à votre place. |
| APRÈS L'INTERPRÉTATION | |
| ↳ Vérifiez avec l'interprète s'il a remarqué quelque chose que vous devriez savoir. | ↳ L'interprète peut vous apporter des précisions d'ordre culturel (ex : attitude non verbale). |

DES QUESTIONS?

APPELEZ LA BANQUE D'INTERPRÈTES AU (514) 285-6500, poste 5533 !¹¹

¹¹ Mesa, A.-M. (1997). *L'interprète culturel : un professionnel apprécié. Étude sur les services d'interprétation : le point de vue des clients, des intervenants et des interprètes*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.