

La communication interculturelle en contexte clinique : une question de partenariat

Bilkis Vissandjée et Sophie Dupère

This article is intended to promote reflection on the intercultural competence of nurses and other health professionals. It discusses the different types of interpretation used to communicate with patients who do not speak English or French, legal and ethical consequences, and impact on health-care quality. The authors offer recommendations for both research and clinical nursing, as well as the health-care system in general, and highlight the challenges faced by nurses in a pluralist society. The literature review reveals an inherent complexity in the use of diverse types of interpreters. Finally, the authors argue that the intricacy of the cross-cultural communication trio is intensified by a lack of adequate preparation of nurses and other health professionals and interpreters regarding cross-cultural communication.

Le but de cet article est de contribuer à promouvoir une réflexion sur la compétence interculturelle des infirmières et autres professionnels de la santé. Différents types d'interprétiariats servant à entrer en communication avec un patient de langue autre que le français et l'anglais et les conséquences sur le plan légal, éthique ainsi que de la qualité des soins sont discutés. Des pistes de recherche en sciences infirmières et des recommandations sur la pratique infirmière et le système de santé en général sont ensuite offertes. Cet article vise surtout à faire ressortir les défis qui se posent aux infirmières dans le contexte actuel de notre société pluriethnique. La revue des écrits fait ressortir la complexité inhérente aux types d'interprètes. N'est pas bon interprète qui veut! Finalement, nous argumentons que la complexité de la triade en communication interculturelle est accrue par le manque de préparation des infirmières, des autres professionnels de la santé et des interprètes en matière de communication interculturelle.

Introduction

L'univers canadien s'est grandement diversifié avec l'arrivée soutenue d'immigrants et de réfugiés, ce qui a contribué à 26 % de la croissance de la population du pays (Chen et Wilkins, 1996). La transformation du contexte canadien engendrée par ces vagues d'immigration requiert que prestation des services sur le plan de l'accessibilité sociale et cul-

Bilkis Vissandjée, Ph.D., est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières à l'Université de Montréal et chercheuse au Centre de recherche et de formation au CLSC Côte-des-Neiges, Montréal, Québec. Sophie Dupère, M.Sc., est agente de recherche à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

turelle soit repensée pour ces populations, lesquelles sont souvent constituées de groupes vulnérables de gens récemment arrivés et démunis. En plus de l'accessibilité socioculturelle, l'accessibilité linguistique demeure un facteur important qu'il faut considérer. D'après le recensement de 1991, 50 000 résidents (soit 1,5 % de la population totale) du Montréal métropolitain ne peuvent accéder pleinement aux services publics à cause de leur connaissance insuffisante du français ou de l'anglais. Les personnes âgées représentent 30 % d'entre eux et les femmes près des deux tiers (Hemlin et Mesa, 1997). Les chiffres rapportés ci-dessus reposent sur les déclarations des immigrants et peuvent ainsi masquer le portrait réel de la réalité linguistique. Pour les immigrants qui possèdent l'une ou l'autre des langues officielles, l'écart culturel et les charges émotionnelles provoquées par certaines situations inhérentes à la condition immigrante exigent de plus en plus le recours à un interprète culturel lors des interactions avec les professionnels de la santé (Hemlin et Mesa).

La diversification du profil linguistique et le nombre grandissant d'allophones (en cinq ans le nombre d'allophones a augmenté de 31 %; Hemlin, 1997) posent ainsi un défi de taille au réseau de la santé et des services sociaux qui se doit d'offrir des services de qualité appropriés et équitables. Plusieurs études font ressortir les barrières linguistiques comme un obstacle important pour les allophones en ce qui a trait à l'accès aux services de santé (D'Avanzo, 1992; Heneman, Legault, Fortin et Alvarado, 1994), ceux-ci retardant souvent leur consultation jusqu'à ce que la situation soit jugée grave (Mesa, 1997).

Les infirmières reconnaissent l'importance de la communication dans le processus de soins (Giger et Davidhizar, 1995). De plus, l'éducation aux patients est une des responsabilités principales de l'infirmière pour maintenir et augmenter les comportements de santé, encourager l'autoprise en charge et inciter la participation des patients dans leurs soins. Or, dans le contexte actuel de restructuration des soins, de la diminution des temps de séjour hospitalier, du mouvement des soins vers la communauté, les patients et leurs familles sont appelés à se prendre en charge. Afin de responsabiliser les familles et d'inciter celles-ci à participer pleinement aux soins des patients, une communication adéquate entre les infirmières et ces familles est une condition essentielle de rétablissement (Baker et al., 1996; Buchwald, 1993; Murphy et Clark MacLeod, 1993; Vissandjée, N'tétu, Courville, Bourdeau et Breton, 1998).

Le but de cet article est de contribuer à promouvoir une réflexion sur la compétence interculturelle des infirmières et autres profession-

nels de la santé. Différentes façons d'entrer en communication avec un patient de langue autre que le français et l'anglais et les conséquences de ces stratégies sur le plan légal, éthique et sur la qualité des soins sont discutées. Des pistes de recherche en sciences infirmières et des recommandations sur la pratique infirmière et le système de santé en général sont ensuite offertes. Cet article vise surtout à faire ressortir les défis que les infirmières ont à relever dans le contexte actuel de notre société pluriethnique. La revue des écrits fait état de la complexité inhérente aux types d'interprètes. Des enjeux légaux et éthiques se doivent d'être considérés dans le choix de ces derniers. Avant d'aborder les différents types d'interprétariats, une revue des éléments de la communication humaine est présentée, notamment ceux de la communication interculturelle engageant au moins trois personnes. Cette revue vise à faire ressortir les raisons sous-jacentes au choix et par le fait même, le rôle de la troisième personne qui assurera la traduction de l'information.

Filtrage lors d'une communication

Plusieurs ouvrages en sciences infirmières examinent les différentes composantes de la communication et les barrières potentielles associées aux langages verbal et non verbal (comme le toucher, les expressions faciales, le contact visuel, les gestes et la posture du corps) lorsque des personnes de différentes ethnies se rencontrent (Giger et Davidhizar, 1995; Lea, 1994).

L'attribution d'un sens aux messages émis et reçus est étroitement liée à l'intégrité cérébrosensorielle de chaque individu et contribue à un certain degré de filtrage. La culture propre à chaque interlocuteur ainsi que les statuts sociaux incluant les connaissances et les expériences antérieures de chaque interlocuteur colorent le contenu et la forme des messages émis et reçus. Une dissonance entre les valeurs, les croyances, les attitudes et par ailleurs, les intentions des individus et la perception du contenu des messages reçus, entraîne de part et d'autre des comportements de modification ou d'évitement par rapport à ces messages, ainsi qu'une volonté d'exprimer ou de retenir de l'information (Kreps et Kunimoto, 1994). En plus, le temps utilisé pour s'assurer d'une compréhension mutuelle des messages ainsi que le lieu physique de la communication ont un impact libérateur ou inhibiteur sur chacun des interlocuteurs selon les perceptions individuelles, ce qui constitue un autre niveau de filtrage. Chaque séquence doit être appropriée pour obtenir une communication réussie. Ainsi, l'interprète détient une position considérable de pouvoir sur ce que Kaufert et Putsch (1997) nomme le *linguistic black box*, qui n'est généralement pas accessible aux deux

autres acteurs (Hatton, 1992; Hatton et Webb, 1993). L'interprète peut faciliter l'échange entre deux interlocuteurs ou amplifier certaines difficultés de communication, de façon accidentelle ou délibérée, synonymes d'insatisfactions chez les clients et les intervenants face à l'information obtenue (Cohen-Émerique, 1993; N'tétu et Fortin, 1995). Il est donc judicieux de se référer à un interprète officiel qualifié qui est conscient de ce processus de filtrage et qui a été formé pour minimiser les distorsions de l'information. Avant d'aborder les caractéristiques idéales d'un interprète officiel, les types d'interprétariats utilisés par les professionnels de la santé, dont les infirmières, et les conséquences particulières relatives à ces types d'interprétariats sont débattues dans les prochaines sections.

Types d'interprétariats informels

Le recours à un ami / membre de la famille

Le recours à la personne accompagnant le patient est fréquent puisque c'est une solution facile, rapide et peu coûteuse (Phelan et Parkman, 1995). Toutefois, cette personne, rassurante à plusieurs niveaux, ne peut s'empêcher de donner sa vision des choses en traduisant et ce, pour diverses raisons. Vissandjée et al. (1998) notent une tendance à exagérer les propos du client dans le but d'attirer l'attention de l'infirmière, d'accélérer le service ou bien d'obtenir une information spéciale. Un triage de l'information donnée par les intervenants a également été constaté lorsqu'un interprète informel est utilisé. L'interprète informel peut retenir de l'information afin de protéger les patients en évitant de leur annoncer de mauvaises nouvelles ou éviter de futurs problèmes personnels (Phelan et Parkman; Rechtman, 1992; Vissandjée et al., 1998). Déclarer à une personne qu'elle va mourir n'est pas toujours acceptable pour certaines cultures qui croient fermement qu'une telle nouvelle peut être irrespectueuse ou risquer de réduire le temps de survie de l'individu (Beyene, cité par Kaufert et Putsch, 1997). L'interprète informel peut ne pas vouloir mentionner les effets secondaires des médicaments à son épouse de peur que celle-ci refuse de les prendre (Phelan et Parkman). Le désir de cacher une vérité est assez classique, comme par exemple dans le cas d'un époux qui a physiquement violenté sa conjointe et qui agit comme interprète lorsqu'ils se présentent à l'urgence (Gany et Thiel de Bocanegra, 1996; Phelan et Parkman). De plus, l'interprète informel n'est pas tenu au secret professionnel; il n'y a alors aucune assurance qu'il y ait un respect de la confidentialité (Bibeau, Chan-Vip, Lock, Rousseau et Sterlin, 1992; Gany et Thiel de Bocanegra). Certaines personnes peuvent se sentir inconfortables dans

l'expression des détails intimes devant un membre de la famille. Comme dans le cas rapporté par Haffner (1992), une dame latino-américaine ne se sentant pas à l'aise de parler de sa fistule rectale devant son fils adulte agissant comme interprète consultait très souvent et inventait des symptômes en espérant que le médecin finisse par comprendre. C'est finalement en l'absence du fils qu'une interprète professionnelle exprima correctement la situation. Dans les cultures asiatiques, il n'est pas admis que les enfants en sachent plus que les parents. Des responsabilités disproportionnées sont alors imposées à l'enfant et un bouleversement des rôles familiaux peut en découler (Gany et Thiel de Bocanegra).

*Le recours à un interprète issu de la communauté
(travailleur communautaire)*

Le recours à un bénévole issu de la communauté est également assez courant, peu cher et rassurant pour le patient. Étant souvent issu de la même culture, le bénévole fait le pont entre les deux cultures. Toutefois, la confidentialité est encore à considérer (Plunkett et Quine, 1996). Si le bénévole n'a pas reçu une formation adéquate le préparant à interpréter, le risque de filtrage d'information reste présent. Ce recours n'est pas nécessairement une solution systématique puisqu'il existe des disparités au sein même d'une communauté culturelle (Gany et Thiel de Bocanegra, 1996).

Le recours à la liste d'employés au sein de l'institution

La plupart des établissements détiennent des listes d'employés qui sont prêts à agir bénévolement comme interprètes. Certains établissements soutiennent financièrement des cours de langues pour leurs employés ou encore encouragent l'embauche de personnes trilingues. Cette solution est assez répandue puisqu'elle permet un accès rapide à l'interprète et représente une économie de frais d'interprétariat (Marshall et White, 1994). Cependant, peu d'études ont procédé à de réelles analyses de coûts (Mesa, 1997). La question de la formation préparant à un travail d'interprétariat reste entière ainsi que l'évaluation des coûts relatifs au retrait de ces personnes de leurs tâches habituelles (Gany et Thiel de Bocanegra, 1996). Par ailleurs, les politiques d'embauche de personnel qui exigent que les employés maîtrisent plus que les deux langues officielles sont remises en question par certains. L'hôpital chinois de Montréal est en attente d'une décision de la Cour supérieure concernant la possibilité d'offrir quelques postes d'infirmières à des personnes parlant couramment le cantonnais ou le toisonnais. Il

s'agit d'offrir un service de qualité puisque les deux tiers des patients s'expriment en chinois. Toutefois, l'embauche d'employés uniquement trilingues n'est pas réaliste.

En somme, le recours à un interprète non officiel menant à un interprétariat douteux et peu fidèle influe sur la qualité des soins (Hornberger et al., 1996). Un échange d'information insuffisant empêche l'instauration d'une relation de *caring* et de soins adéquats (Giger et Davidhizar, 1995), influe sur la collecte de données et l'évaluation de la situation clinique et entraîne des diagnostics erronés, des traitements peu appropriés (Gany et Thiel de Bocanegra, 1996; Marshall et White, 1994) ainsi que des tests coûteux et inutiles (Shah, 1997), de l'insatisfaction (Gany et Thiel de Bocanegra) et une diminution de la participation (Hornberger et al., 1996). De plus, les professionnels de la santé et les patients éprouvent frustration et stress lors des échanges d'information limités (N'tétu et Fortin, 1995). La qualité réduite des soins qui découle d'une communication déficiente provoque des situations où les patients risquent de ne pas se conformer aux traitements, aux plans de soins et aux visites de contrôle (Gany et Thiel de Bocanegra).

Sur le plan juridique, certaines de ces stratégies peuvent compromettre les droits des usagers tel que le consentement libre et éclairé. À travers une barrière linguistique et sans un interprétariat adéquat, le consentement libre et éclairé est peu probable et la responsabilité déontologique du professionnel de la santé d'informer le client devient cruciale. Pour pallier ces difficultés et favoriser une communication interculturelle optimale, le recours à un interprète officiel et qualifié est recommandé (Shah, 1997).

Type d'interprétariat officiel

La Banque interrégionale d'interprètes de la région régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (RRSSS)

Afin de garantir une traduction de qualité et un accès équitable aux immigrants allophones ne connaissant pas suffisamment la langue française, et à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, la RRSSS de Montréal-Centre a créé la Banque interrégionale d'interprètes. Cette banque met à la disposition des établissements 82 interprètes sensibilisés à la culture québécoise et au fonctionnement des institutions, offrant des services en 50 langues. Après une sélection rigoureuse fondée sur les compétences linguistiques et les aptitudes de communication, ces interprètes reçoivent une formation qui les sensibilise à l'aspect culturel de la communication. Les interprètes ainsi

formés répondent plus adéquatement aux critères d'un interprète « modèle » suggéré dans les écrits. Ces critères sont examinés dans la section suivante. Malgré une évolution importante de la demande, soit de 220 % de 1993 à 1996, cette banque n'est pas suffisamment utilisée par les institutions dispensant des soins de santé et des services sociaux (Hemlin et Mesa, 1996).

Responsabilités de l'interprète officiel

Dans son rôle de traducteur mot à mot, c'est-à-dire qui rapporte les mots le plus fidèlement possible dans l'autre langue, l'interprète est invisible, son attitude peut être passive et il ne doit pas participer activement à la triade. Hornberger et al. (1996) privilégient ce type de traduction car cette méthode favorise, entre autres, l'instauration d'une relation efficace entre l'intervenant et son patient et évite les interprétations subjectives de la part des interprètes. Kaufert et Putsch (1997) soulignent que ce type de traduction littérale contribue aux malentendus, suggérant de réfléchir plutôt aux possibilités offertes par le partenariat lors du processus de traduction. Cet auteur privilégie une traduction visant à restituer un sens plutôt qu'une traduction mot à mot, par le biais d'un médiateur. L'interprète devrait donc détenir non seulement une compétence linguistique mais aussi une certaine compétence socioculturelle afin d'agir en tant que traducteur et médiateur des discours socioculturels (Gany et Thiel de Bocanegra, 1996). Il devra également avoir certaines connaissances dans le domaine de la santé (Vissandjée et al., 1998), de la terminologie médicale, des tests cliniques et des procédures d'évaluation (Smart et Smart, 1995) et enfin, être soumis à un code d'éthique strict (Solomon, 1997).

À la suite de la révision d'une vingtaine de codes d'éthiques élaborés à l'intention des interprètes au États-Unis et au Canada, Kaufert et Putsch (1997) constatent l'importance de l'objectivité et de la neutralité de l'interprète en milieu clinique, dont le rôle s'apparente à celui de l'interprète en milieu juridique. 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. Le but de la traduction n'est donc pas uniquement de maintenir une position neutre mais plutôt de construire une compréhension mutuelle (Solomon, 1997), le risque associé étant une possibilité d'interprétations subjectives dans la traduction. Toutefois, à l'aide de règles de « transparence », les interprètes signalent les ajouts, les retraits et les modifications. Les interprétations subjectives peuvent

donc être minimisées, ce qui permet une rencontre plus congruente sur le plan culturel.

Toutefois, le recours à un interprète officiel n'offre qu'une solution partielle au problème de communication interculturelle déficiente en situation clinique comportant trois personnes. Il faut également que les intervenants sachent travailler avec un interprète et surtout que tous soient conscients des différences culturelles présentes et des effets découlant d'une communication déficiente.

Implication pour les sciences infirmières

Les résultats de quelques études indiquent encore la présence de comportements d'indifférence, un manque de connaissances, des soins incomplets et des attitudes peu congruentes dans un contexte de communication interculturelle en présence d'interprètes (Murphy et Clark MacLeod, 1993; Samovar et Porter, 1991). Murphy et Clark MacLeod ont étudié chez les infirmières les comportements de « caring » envers des populations ethniques minoritaires. La lacune la plus importante identifiée était la communication, suivie du manque de connaissances culturelles et l'absence de ressources d'interprétariat. Dans certains cas, la communication était si mauvaise que les infirmières n'ont pu identifier les problèmes du client. De façon déconcertante, certaines de ces infirmières ont démontré une impassibilité face à une communication déficiente.

Jones et Van Amelsvoort-Jones, cités par Lea (1994), démontrent que les infirmières passent moins de temps avec les patients qui sont d'origine ethnique autre. Les besoins des personnes de ces groupes sont alors peu satisfaits et cela accuse la présence de stéréotypes et d'attitudes dérogatoires (Murphy et Clark MacLeod, 1993). Bien que peu documenté, l'ethnocentrisme médical en tant que barrière de communication est présent chez les infirmières. Les stéréotypes et les préjugés perçus comme des obstacles à la communication modifient l'échange de renseignements essentiels (Barette, Gaudet et Lemay, 1993). Ceux-ci forment un écran qui suscite des distorsions, des malentendus et peuvent mettre en échec le processus d'aide. Ces préjugés sont en réalité les paravents de nos peurs (Vissandjée, 1996) et la conscience de la question interculturelle n'est pas encore suffisamment vive chez les professionnels de la santé en général.

Les résultats de ces études démontrent d'une part le besoin urgent de continuer à développer les connaissances par l'entremise de la formation de base en sciences infirmières, des formations pour l'éducation

continue des infirmières soignantes et cliniciennes et de la recherche vers une meilleure adéquation culturelle des soins prodigués. Comprendre l'influence de la culture sur le processus de soins n'est pas une nouvelle donne en sciences infirmières. Les soins infirmiers transculturels examinent cette question depuis plus de trente ans et en ont souligné l'importance afin de donner des soins spécifiques à la culture, congruents et sensibles (Leininger, 1995). Les infirmières sont de plus en plus conscientes des différences culturelles, de l'effet d'une communication déficiente sur la qualité des soins et les coûts liés à la santé, de l'existence de l'inégalité dans les traitements et de l'ethnocentrisme au sein de la profession.

Recommandations

Raffiner les connaissances en matière de codes culturels

Il est essentiel de sensibiliser les individus à la relativité de ces derniers en tant qu'interface essentielle entre le patient et l'infirmière (Cohen-Émerique, 1993; Vissandjée, Carignan et Bourdeau, 1999). Les infirmières qui prodiguent des soins aux patients provenant de différentes cultures doivent accorder une attention particulière à certains facteurs tels que l'espace, la communication, l'organisation sociale, le temps et l'environnement. Leininger (1995) suggère de se pencher sur les connaissances relatives aux valeurs, aux croyances et aux pratiques de diverses cultures. Cet apprentissage peut se faire par l'entremise d'un examen de la structure sociale, des valeurs, de la langue et des contextes environnementaux des divers groupes. L'importance de comprendre et de respecter l'universalité et les diversités culturelles, au-delà des aptitudes de communication avec des membres de groupes culturels, a souvent été soulignée, pour que soient assurés des soins efficaces et congruents (Kreps et Kunimoto, 1994; Nance, 1995).

Nance (1995) propose : (1) d'adopter une perspective multiculturelle qui reconnaît que les cultures diverses se valent, qu'elles ont un sens et reflètent les expériences de vies des personnes; (2) d'adopter une perspective historique qui éclaire le sens des comportements culturels des personnes; et (3) d'envisager l'unicité de la personne plutôt que de se fonder sur des généralisations, étant donné que les connaissances sur un groupe en particulier ne constituent pas une prémisse de connaissance de la personne issue de ce groupe.

Plusieurs guides en sciences infirmières tentent de fournir de l'information culturelle spécifique sur diverses cultures. Bien que ces guides répondent généralement à un besoin exprimé par les infirmières

soignantes qui se sentent démunies face à certaines situations cliniques, ces guides peuvent nuire à une pratique congruente et risquent de renforcer des catégorisations, des généralisations et des préjugés (Kaufert, 1990; Vissandjée et al., 1999).

Développer une attitude appropriée

La communication avec des amis ou des membres de la famille diffère de la communication interculturelle en terrain clinique et peu familier (Lea, 1994). Dans ce cadre, les buts de la communication interculturelle sont de diminuer l'incertitude potentielle entre les acteurs et de développer une confiance mutuelle afin de créer un climat favorisant l'interaction interculturelle. Il ne s'agit pas simplement de trouver les mots justes mais plutôt de découvrir un terrain commun de communication. Ce terrain commun n'est créé que lorsque les acteurs participants ont le désir réel de comprendre l'autre et de se faire comprendre de l'autre. L'infirmière doit également être sensible au fait qu'une tierce personne influence la dynamique d'une relation avec le patient, notamment la dimension affective (N'tétu et Fortin, 1995).

Apprendre à travailler avec un interprète

Hatton et Webb (1993), après avoir effectué une étude qualitative auprès des infirmières et des interprètes, ont découvert plusieurs styles de traduction : (1) *voice box*, où l'interprète traduit « mot à mot »; (2) le substitut, où l'interprète agit en tant que substitut; et (3) le collaborateur, où l'interprète collabore à la prestation des soins. La traduction mot à mot est appréciée par plusieurs infirmières puisque ce style élimine les interprétations subjectives et donne de l'information détaillée et précise, particulièrement dans les cas de violence ou de négligence envers des enfants. Le substitut est généralement utile lors des premières visites à domicile, l'interprète servant de porte d'entrée. Dans cette situation particulière, les infirmières tendent à encourager l'interprète à participer activement. Enfin, le collaborateur est un style qui est apprécié par les infirmières ayant plusieurs années d'expérience. Ces interactions de collaboration permettent aux infirmières et aux interprètes d'établir des liens plus efficaces avec les clients, facilitant l'évaluation, la planification et la prestation des soins.

Solomon (1997) propose un entretien avant et après la rencontre avec l'interprète afin de discuter du but, des thèmes qui seront abordés et du temps approximatif prévu, des sujets potentiellement délicats, ainsi que du code d'éthique à respecter. Vissandjée et al. (1999) sug-

gèrent de mettre à profit l'expertise de l'interprète et de lui laisser une marge de manœuvre suffisante lors de la collecte des données et de la transmission de l'information. Des ateliers avec des jeux de rôles entre infirmières et interprètes permettraient de déceler les lacunes et les forces de chacun, favorisant ainsi l'apprentissage de la collaboration. Un réseau de soutien pour les infirmières qui prennent soin de personnes issues de cultures différentes serait indiqué afin de permettre à celles-ci de discuter de leurs sentiments et de les partager (Murphy et Clark MacLeod, 1993).

Pour qu'un partenariat solide s'installe entre les infirmières et les interprètes, l'amélioration du statut d'interprète est essentielle. Une reconnaissance ne sera possible que lorsque tous les interprètes recevront une formation et une rémunération adéquates. La collaboration interdisciplinaire est fondée sur l'appréciation de la spécificité de chacun s'appuyant sur l'équité des compétences et sur la parité (Kérouac, Pépin, Ducharme, Duquette et Major, 1994). Il est également important d'obtenir du soutien administratif afin d'uniformiser les politiques de soins favorisant une collaboration efficace entre les interprètes et les infirmières. Cette dynamique triadique est influencée par des forces globales institutionnelles, professionnelles et structurelles telles que les directives de programmes de l'hôpital, le financement et le niveau de représentation des programmes d'interprétariat sur le plan de la gestion.

Un partenariat vers des soins congruents

En plus de raffermir la collaboration entre les interprètes et les infirmières, il est impératif d'engager les patients et leurs familles d'une façon culturellement appropriée dans le processus de décision concernant les soins. Il est indispensable de développer des stratégies synergiques entre les formateurs des infirmières et des interprètes, les infirmières et les interprètes, les organismes ethnoculturels pertinents, le réseau de la santé et des services sociaux et les patients venant d'ailleurs, le regard de ces derniers sur leurs conditions de vie étant essentiel à la qualité optimale des soins.

Les communautés ethnoculturelles devraient jouer un plus grand rôle dans la conception des programmes et l'élaboration de solutions qui conviennent à leur culture. Ce partenariat permettrait, d'une part, de mobiliser les ressources et les compétences des communautés ethnoculturelles déjà existantes et, d'autre part, d'assurer des stratégies congruentes et durables qui répondent réellement aux besoins diversifiés.

La situation particulière des immigrants peu lettrés, pour qui l'apprentissage de la lecture et de l'écriture d'une deuxième langue peut être doublement difficile car ils ne détiennent pas ces aptitudes dans leur propre langue maternelle, doit être considérée (Brown, 1995). De plus, une attention particulière devrait aussi être portée aux populations immigrantes hautement qualifiées pour lesquelles la reconnaissance des acquis scolaires et professionnels représente un réel enjeu. De façon similaire, les groupes qui vivent des difficultés spécifiques liées à une faible scolarisation, à une plus grande distance culturelle de la société d'accueil ou encore au statut de réfugié sont encore peu compris.

Il serait souhaitable de déterminer le bien-fondé d'un appariement entre l'interprète et le patient. Peut-être serait-il préférable d'assurer un appariement entre personnes de même sexe dans les cas de problèmes gynécologiques cliniques. Le débat sur l'appariement comme stratégie de développement de connaissances culturelles appropriées tente de favoriser les identités partagées entre les divers intervenants (Sawyer et al., 1995; Vissandjée et al., 1999; Weinfeld, 1998) sans négliger les connaissances culturelles, la sensibilité et la collaboration.

Enfin, la question des coûts, de la qualité, du type d'interprétariat et du recours à un interprète mérite des analyses économiques plus approfondies. Les contextes de soins requérant des interprètes officiels et ceux nécessitant plutôt des interprètes non officiels ou même encore une comparaison des besoins de part et d'autre n'ont pas été systématiquement étudiés, l'objectif étant d'élaborer des recommandations claires pour les divers niveaux de pratique et de décision.

Références

- Baker, D.W., Parker, R.M., Williams, M.V., Coates, W.C., et Pitkin, K. (1996). Use and effectiveness of interpreters in an emergency department. *Journal of the American Medical Association*, 275(10), 783-788.
- Barette, C., Gaudet, É., et Lemay, D. (1993). *Guide de communication interculturelle*. Saint-Laurent, QC : Éditions du Renouveau pédagogique.
- Bibeau, G., Chan-Vip, A.M., Lock, M., Rousseau, C., et Sterlin, C. (1992). *La santé mentale et ses visages : un Québec pluriethnique au quotidien*. Boucherville, QC : Gaëtan Morin.
- Brown, D.G. (1995). Understanding barriers to basing nursing practice upon research: A communication model approach. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 154-157.
- Buchwald, D., Caralis, P.V., Gany, F., Hardr, E.J., Muecke, M.A., et Putsch, R.W. (1993). The medical interview across cultures. *Patient Care*, (April) 141-166.

- Chen, J., et Wilkins, R. (1996). Health expectancy by immigrant status, 1986, 1991. *Health Reports*, 8(3), 29-38.
- Cohen-Émerique, M. (1993). L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 71-92.
- D'Avanzo, C.E. (1992). Barriers to health care for Vietnamese refugees. *Journal of Professional Nursing*, 8(4), 245-253.
- Gany, F., et Thiel de Bocanegra, H. (1996). Maternal-child immigrant health training: Changing knowledge and attitudes to improve health care delivery. *Patient Education and Counseling*, 27, 23-31.
- Giger, J.N., et Davidhizar, R. (1995). *Transcultural nursing: Assessment and intervention*, 2nd ed. St. Louis et Toronto : Mosby.
- Haffner, L. (1992). Cross-cultural medicine: A decade later. Translation is not enough in a medical setting. *Western Medical Journal*, 157, 256-259.
- Hatton, D.C. (1992). Information transmission in bilingual, bicultural contexts. *Journal of Community Health Nursing*, 9, 53-59.
- Hatton, D.C., et Webb, T. (1993). Information transmission in bilingual, bicultural contexts: A field study of community health nurses and interpreters. *Journal of Community Health Nursing*, 10(3), 137-147.
- Hemlin, I. (1997). *Plan régional d'accessibilité aux communautés ethnoculturelles 1997-1999*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (22p).
- Hemlin, I., et Mesa, A. (1996, décembre). *Des voix pour l'avenir : la banque inter-régionale d'interprètes 1993-1996 : bilan d'une expérience réussie*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (24p).
- Heneman, B., Legault, G.S., Fortin, S., et Alvarado, É. (1994, décembre). *Adéquation des services aux jeunes familles immigrantes*. Montréal : Université de Montréal, École de service social.
- Hornberger, J.C., Gibson, C.D., Wood, W., Dequelde, C., Corso, J., Palla, B., et Bloch, D.A. (1996). Eliminating language barriers for non-English-speaking patients. *Medical Care*, 43(8), 845-856.
- Kaufert, J.M., et Putsch, R.W. (1997). Communication through interpreters in healthcare: Ethical dilemmas arising from differences in class, culture, language, and power. *Journal of Medical Ethics*, 8, 71-87.
- Kaufert, P.A. (1990). The "box-ification" of cultures: The role of the social scientist. *Culture and Health*, 7(3), 139-148.
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., Duquette, A., et Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Laval, QC : Éditions Études Vivantes.
- Kreps, G.L., et Kunimoto, E.N. (1994). *Effective communication in multicultural health care settings*. London : Sage.
- Lea, A. (1994). Nursing in today's multicultural society: A transcultural perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 307-313.
- Leininger, M.M. (1995). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practices*, 2nd ed. New York : McGraw-Hill.

- Marshall, S.L., et White, A.E. (1994). Interviewing respondents who have English as a second language: Challenges encountered and suggestions for other researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 566-571.
- Mesa, A. (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. (95p).
- Murphy, K., et Clark MacLeod, J. (1993). Nurses' experiences of caring for ethnic-minority clients. *Journal of Advanced Nursing*, 18(3), 442-450.
- Nance, A.T. (1995). Intercultural communication: Finding common ground. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 24(3), 249-255.
- N'tétu, A.L., et Fortin, J.-A. (1995). *Analyse des interactions entre les clients autochtones et les intervenants en milieu clinique*. Chicoutimi, QC : CERII.
- Phelan, M., et Parkman, S. (1995). Work with an interpreter. *British Medical Journal*, 311(7004), 555-557.
- Plunkett, A., et Quine, S. (1996). Difficulties experienced by carers from non-English-speaking backgrounds in using health and other support services. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 20(1), 27-32.
- Rechtman, R. (1992). L'intraduisible culturel en psychiatrie. *L'Évolution psychiatrique*, 57(3), 347-365.
- Samovar, L.A., et Porter, R.E. (1991). *Communication between cultures*. Belmont, CA : Wadsworth.
- Sawyer, L., Regev, H., Proctor, S., Nelson, M., Messias, D., Barnes, D., et Meleis, A.L. (1995). Matching versus cultural competence in research: Methodological considerations. *Research in Nursing and Health*, 18, 557-567.
- Shah, R. (1997). Improving services to Asian families and children with disabilities. *Childcare: Health and Development*, 23(1), 41-46.
- Smart, J.F., et Smart, D.W. (1995). The use of translators/interpreters in rehabilitation. *Journal of Rehabilitation*, (avril-juin), 14-20.
- Solomon, M.Z. (1997). From what's neutral to what's meaningful: Reflections on a study of medical interpreters. *Journal of Clinical Ethics*, 8(1), 88-93.
- Vissandjée, B. (1996). Les préjugés sont les paravents de nos peurs. Regard critique sur le développement des préjugés et des conflits interraciaux : difficultés cliniques vs différence culturelle. Dans A.L. N'tétu (direction/ACFAS), *Problématique de la communication en soins infirmiers interculturels* (pp. 56-69). Chicoutimi, QC : CERII.
- Vissandjée, B., Carignan, P., et Bourdeau, M. (1999). Les nouvelles immigrantes et la santé : les besoins d'une clientèle féminine pluriethnique? *L'infirmière canadienne*, 95(4), 35-41.
- Vissandjée, B., N'tétu, A.L., Courville, F., Bourdeau, M., et Breton, E. (1998). L'interprète en milieu clinique interculturel : l'acte de communication soumis au phénomène du filtrage? *L'infirmière canadienne*, 94(5), 36-42.

Weinfeld, M. (1998). The challenge of ethnic match: Minority origin professionals in health and social services. Dans H. Troper et M. Weinfeld (eds.), *Ethnicity, politics and public policy in Canada*. Toronto : University of Toronto Press.

Remerciements

Ce projet a été financé par le Secrétariat du multiculturalisme – Patrimoine Canada et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada ; les auteures remercient ces institutions de leur soutien.