



LA LANGUE, DÉTERMINANT DE L'ÉTAT DE SANTÉ
ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Adaptation linguistique des soins et des services de santé : enjeux et stratégies

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Adaptation linguistique des soins et des services de santé : enjeux et stratégies

Vice-présidence aux affaires scientifiques

Janvier 2013

AUTEURS

Anne-Marie Ouimet, agente de planification, de programmation et de recherche
Institut national de santé publique du Québec

Normand Trempe, chargé de projet
Institut national de santé publique du Québec

Bilkis Vissandjée, professeure
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Isabelle Hemlin, conseillère aux établissements,
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

RÉSUMÉ ET SYNTHÈSE

Jean-François Bourdon, consultant externe

MISE EN PAGE

Hélène Fillion, agente administrative
Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

À monsieur Ronald McNeil, directeur, Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise, ministère de la Santé et des Services sociaux, pour sa lecture attentive et ses commentaires.

Cette analyse est produite dans le cadre des « Projets pour la santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire », projet financé à l'Institut national de santé publique du Québec par le Réseau communautaire en santé et services sociaux (RCSSS), dans le cadre du « Programme de contribution pour les langues officielles en santé » de Santé Canada.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2013
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-62942-9 (PDF [ENSEMBLE])
ISBN : 978-2-550-68017-8 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2013)

RÉSUMÉ

Pour le 20 % de la population québécoise dont la langue maternelle n'est pas le français, la communication dans cette langue est susceptible de créer des difficultés dans ses rapports avec le système de santé et de services sociaux. En effet, la présence de barrières linguistiques dans l'offre de services peut avoir des répercussions négatives importantes sur la santé des usagers. Afin d'assurer aux anglophones et aux autres minorités linguistiques l'accès à des services dans leur langue maternelle, les établissements de santé québécois peuvent utiliser des documents bilingues ou traduits, embaucher des employés bilingues, offrir des cours de langue seconde aux professionnels de la santé ou encore recourir à des services d'interprétation.

Bien qu'ils puissent favoriser la formulation de questions dans une langue seconde, les documents bilingues ou traduits n'assurent pas une compréhension des réponses. En outre, au Québec, des documents traduits vers l'anglais peuvent ne pas se révéler pertinents dans le cadre d'une communication avec une clientèle allophone ou de langue autochtone.

Le recours à des employés bilingues comporte de nombreux avantages du point de vue de la qualité de la communication. Toutefois, les compétences en langue seconde de ces employés font rarement l'objet d'une évaluation formelle. De plus, des études ont démontré que l'utilisation d'employés bilingues comme interprète pouvait avoir des effets négatifs sur leur productivité et causer des difficultés dans la gestion des ressources humaines dans les établissements. Au Québec, l'embauche d'employés bilingues français-anglais semble être une pratique courante d'adaptation des services.

Les cours de langue seconde destinés aux professionnels de la santé peuvent permettre à ces derniers d'établir un lien de confiance avec les usagers de langue minoritaire. Toutefois, sans une évaluation des compétences du professionnel dans cette langue et sans le recours à un interprète, l'utilisation de cette langue peut entraîner des erreurs de communication pouvant mener à des conséquences négatives sur la santé des usagers. En supposant que la maîtrise d'une langue est étroitement liée à sa fréquence d'utilisation, la pertinence de cette mesure peut être limitée dans un contexte où la langue seconde est peu utilisée par le professionnel dans son travail. Ainsi, dans le contexte québécois, les cours d'anglais langue seconde offerts aux professionnels de la santé pourraient présenter certains avantages pour les établissements ayant un fort pourcentage d'usagers de langue maternelle anglaise.

Enfin, le recours aux services d'interprètes formels pour les usagers ayant une connaissance limitée du français est la mesure qui comporterait le plus d'avantages sur le plan de l'optimisation de la qualité de la communication et des soins. Il convient donc de sensibiliser les professionnels et les gestionnaires à ces avantages, tout en faisant en sorte que des services d'interprétariat soient disponibles et que les interprètes reçoivent une formation adéquate. Au Québec, dans un contexte de ressources limitées, surtout dans les établissements ayant un faible pourcentage d'usagers de langues minoritaires, l'accès à une banque d'interprètes centralisée serait une avenue à explorer, tant pour la minorité linguistique anglophone que pour les autres groupes linguistiques.

SYNTHÈSE

Introduction

Le présent rapport a été rédigé dans le cadre du projet d'amélioration des connaissances sur la santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire, projet qui vise notamment à améliorer les connaissances sur l'état de santé et de bien-être des personnes issues des minorités linguistiques du Québec ainsi qu'à documenter l'adaptation linguistique des services de santé et des services sociaux.

Le rapport est basé sur l'analyse d'articles scientifiques et de la littérature grise qui ont été obtenus grâce à une recherche bibliographique effectuée par le biais de moteur de recherche tel que Pub Med, Sociological abstracts, PsycINFO et Embase. L'objectif de cette analyse documentaire est de présenter les forces et les faiblesses de quelques approches d'optimisation de la communication linguistique entre les professionnels de la santé et des services sociaux et leurs clients de langue minoritaire.

Problématique

Le français est la langue maternelle d'environ 80 % des Québécois. Pour l'autre 20 %, la communication dans cette langue est susceptible de créer des difficultés dans ses rapports avec le système de santé et des services sociaux. En effet, les problèmes de communication qui peuvent survenir entre un professionnel de la santé et son client, lorsque ceux-ci n'ont pas la même langue, constituent des barrières linguistiques pouvant nuire à la santé des usagers.

La langue maternelle est un indicateur de langue utilisé par le recensement canadien et c'est généralement la langue qui est la mieux maîtrisée et celle dans laquelle les individus se sentent le plus à l'aise pour s'exprimer lors de situations angoissantes ou lors de l'expression d'émotions profondes, ce qui peut souvent être le cas lors du recours à des services de santé ou des services sociaux. Le recensement utilise aussi l'indicateur de langue parlée à la maison. Quand il ne s'agit pas de la langue maternelle, il est difficile de savoir quel est le niveau de maîtrise de la langue parlée à la maison et de s'assurer que l'individu peut communiquer efficacement dans cette même langue. Enfin, le recensement utilise aussi la notion de première langue officielle parlée (PLOP) qui, si elle est différente de la langue maternelle, offre encore moins de garantie d'une maîtrise suffisante pour l'utiliser dans une communication visant la dispensation ou la réception d'un service de santé ou d'un service social.

Comme tenu de l'importance de la communication en santé et services sociaux, nous allons toujours privilégier l'utilisation de la notion de langue maternelle plutôt que les autres puisqu'une communication linguistique de mauvaise qualité peut avoir des répercussions importantes sur le client, le professionnel et l'établissement de soins de santé. Les clients qui bénéficient de soins et de services dans une langue autre que leur langue maternelle reçoivent plus fréquemment une médication inadéquate ou comprennent mal les indications concernant la prise de médicaments, comprennent moins bien leur diagnostic, se font plus souvent prescrire des médicaments, utilisent moins souvent les services de santé mentale, sont moins satisfaits des soins qu'ils ont reçus, passent en moyenne plus de temps à

l'urgence et sont plus susceptibles d'être exposés à des événements indésirables que les clients de la langue majoritaire. Les professionnels qui travaillent en langue seconde sont moins satisfaits de leur travail, ressentent plus de stress et courent plus de risque d'être poursuivis pour une erreur médicale due à un problème de communication. Quant aux établissements de soins, ils doivent assumer les conséquences associées à ces répercussions.

En vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux, le réseau québécois a l'obligation de prévoir des services en anglais pour les usagers anglophones et d'adapter ses services aux besoins des membres des communautés culturelles. Ces mesures doivent tenir compte du contexte linguistique des régions et des usagers des établissements, ainsi que de leurs ressources financières et humaines.

Approches d'optimisation de la communication linguistique et réflexions sur leur applicabilité au contexte québécois

Lexiques et Documents bilingues et traduits

On reconnaît aux lexiques une certaine utilité pour les professionnels utilisant une langue seconde dans le contexte de leur travail. Les formulaires bilingues ou traduits permettent par ailleurs de formuler plus correctement en langue seconde des questions destinées aux usagers de langue minoritaire, mais n'assurent pas la compréhension des réponses données par ces derniers. L'utilisation de documentation traduite destinée à l'utilisateur n'est pas aussi sans risques. La traduction de consignes concernant un traitement s'est révélée efficace uniquement lorsqu'un interprète avait préalablement expliqué ces consignes à l'utilisateur de langue minoritaire. Si on interagit avec une clientèle de minorité linguistique chez qui le niveau d'alphabetisation est faible, la documentation écrite est peu utile et peut être remplacée par le recours à des capsules vidéo. Dans le contexte québécois, la traduction vers l'anglais de documents peut en plus entraîner des problèmes de compréhension pour les clientèles allophone et de langue autochtone.

Embauche de professionnels de la santé bilingues

L'embauche de professionnels de la santé bilingues constitue une autre forme d'adaptation des services qui comportent certains avantages au niveau de l'optimisation de la communication linguistique entre les clients et les professionnels de la santé. Il est toutefois important d'évaluer le niveau de compétence linguistique en langue seconde des professionnels qui utilisent cette langue dans le cadre de leur pratique. En effet, la littérature nous dit que certains ont tendance à surestimer leurs compétences dans une autre langue. L'utilisation d'une langue seconde mal maîtrisée par des professionnels de la santé auprès de leurs clients de minorités linguistiques est susceptible d'entraîner des erreurs de communication importantes. Au Québec, l'embauche de professionnels de la santé déclarant bien maîtriser l'anglais semble constituer une approche courante pour l'adaptation des services à la minorité linguistique anglophone. L'évaluation de leurs compétences en langue seconde semble rare et certains chercheurs québécois travaillent actuellement à l'élaboration d'outils d'évaluation du niveau de compétence en anglais langue seconde chez les professionnels de la santé francophone.

Le recours à des professionnels bilingues à des fins d'interprétation est une pratique répandue mais elle comporte aussi des limites. Cela peut d'abord entraîner un manque de productivité car le professionnel doit quitter son poste pour venir en aide à un collègue. Des études ont aussi démontré que le personnel bilingue signale beaucoup d'insatisfactions découlant d'une sollicitation fréquente pour interpréter; il ne se sent pas toujours compétent en tant qu'interprète et n'est pas toujours rémunéré pour ces tâches. Enfin, le salaire de ces professionnels est souvent supérieur à celui d'un interprète, ce qui rend leur utilisation comme interprète peu avantageuse du point de vue de gestion des ressources.

Cours de langue secondes destinés aux professionnels de la santé

L'apprentissage d'une langue seconde par le professionnel de la santé comporte des avantages, notamment celui de permettre d'établir un lien de confiance avec le client. Cependant, atteindre un niveau de compétence suffisant dans une langue seconde pour communiquer sans erreur demeure un grand défi. Il convient donc de cibler le contenu des cours en privilégiant du contenu médical, d'évaluer les compétences linguistiques des professionnels à la fin du cours et surtout, d'utiliser l'aide d'un interprète formel lorsque le niveau de compétences n'est pas adéquat. Une absence de ces mesures pourrait entraîner certains risques, notamment des erreurs de communication (incompréhension de la durée des symptômes, par exemple). Les cours de langue seconde offerts aux professionnels de la santé devraient sensibiliser ces derniers à l'importance de recourir à un interprète tant et aussi longtemps qu'ils n'auront pas atteint un niveau de compétence suffisant pour intervenir seuls dans cette langue. Au Québec, en 2007, environ 1,6 million de dollars ont été investis pour l'enseignement de l'anglais à des professionnels de la santé francophones. En supposant que la maîtrise d'une langue est étroitement liée à sa fréquence d'utilisation, la pertinence de cette mesure peut être limitée dans un contexte où la langue seconde est peu utilisée par le professionnel dans son travail. Ainsi, compte-tenu des ressources financières que cette approche nécessite, ces cours peuvent se révéler pertinents uniquement si l'établissement qui emploie ces professionnels dessert une masse critique d'utilisateurs de langue anglaise.

Interprétation

Il existe deux catégories d'interprètes : les interprètes formels qui ont suivi une formation dans ce domaine et les interprètes informels qui sont appelés à interpréter mais qui n'ont pas reçu de formation spécifique (p. ex., un employé bilingue, un bénévole parlant la langue requise ou un membre de la famille). De nombreuses études démontrent que l'utilisation d'interprètes formels est l'approche la plus efficace, celle qui comporterait le moins de risques pour la santé de l'utilisateur et le moins d'enjeux éthiques. Une étude a démontré que les interprètes informels sont plus susceptibles de faire des erreurs d'interprétation sérieuses pouvant affecter la compréhension des symptômes de l'utilisateur.

Le recours à un membre de la famille comme interprète peut entraîner des situations délicates où ce dernier refuserait ou omettrait, volontairement ou non, de communiquer toute l'information à l'utilisateur. Il est de plus déconseillé d'utiliser des enfants comme interprètes, compte tenu de leur manque de maturité émotionnelle et cognitive. L'utilisation d'interprètes informels peut aussi entraîner d'importantes violations de confidentialité.

Dans un contexte de ressources limitées, les interprètes formels ou professionnels constituent souvent une ressource rare. On peut établir les priorités en tenant d'abord compte de la situation clinique de l'utilisateur ou de l'importance de la barrière linguistique. Au cours d'une intervention sans interprète formel dans une langue seconde, le professionnel doit utiliser ses connaissances de cette autre langue avec beaucoup de précautions et valider constamment sa compréhension et celle de l'utilisateur. Un interprète formel devra être appelé dès que possible afin de valider la compréhension des deux parties.

Il existe différentes façons de recourir à un interprète formel et la qualité de l'interprétation varie peu d'un moyen à l'autre. Cependant, la satisfaction des usagers, des médecins et des interprètes varie selon le moyen utilisé. Dans le cadre d'une étude, on a relevé que les médecins et les interprètes préfèrent l'interprétation en face à face et préfèrent la visioconférence au téléphone. Les usagers rapportent être plus satisfaits par l'interprétation par téléphone ou en face à face et moins satisfaits lorsqu'il s'agit d'une intervention effectuée par un professionnel bilingue.

Il convient d'offrir aux professionnels de la santé une formation abordant entre autres l'importance de la communication dans l'offre de soins et de services de santé et les enjeux liés aux services d'interprètes. En effet, le professionnel devrait être sensibilisé aux limites linguistiques de son patient, à ses propres limites et comprendre l'effet que ces limites peuvent avoir sur la qualité de l'offre de soins ou de services. Une telle formation pourrait avoir des effets positifs sur la fréquence d'utilisation des services d'interprétariat. Concernant la formation des interprètes formels, elle devrait comprendre une spécialisation en interprétation médicale.

Au Québec, il existe certaines banques régionales d'interprètes qui semblent le plus souvent destinées à des usagers de langues maternelles autres que l'anglais ou le français. La mise en place d'une banque centralisée d'interprètes constituerait une avenue intéressante pour les établissements ayant un faible pourcentage d'utilisateurs anglophones ou d'autres minorités linguistiques. Cette mesure ne représenterait pas une contrainte financière excessive pour ces établissements et respecterait le principe d'équité en matière d'accessibilité à des soins de santé. Quant aux établissements faisant face à de très nombreuses demandes d'interprétation, ils pourraient embaucher des interprètes formels pour offrir des services sur place. Comme il a été mentionné, ces services permettraient de réduire les risques d'erreurs médicales et de réduire la mauvaise utilisation des ressources humaines. Finalement, il semble exister peu de programmes de formation en interprétariat au Québec, ce qui constitue une barrière à la mise en place de telles mesures.

Conclusion

Notre analyse documentaire réaffirme le fait que la qualité de la communication et la compréhension mutuelle sont des composantes essentielles de la prestation de services en santé et de services sociaux. Cette analyse nous permet de discuter des différentes options utilisées à des degrés divers et elle nous permet aussi de nuancer la valeur relative de ces options dans le contexte québécois. Nous concluons que compte tenu de l'importance d'adapter les services en fonction de la langue maternelle des usagers, l'utilisation d'une interprétation formelle spécialisée dans le domaine médical est la pratique à privilégier. Il

convient cependant de ne pas rejeter les autres options car elles peuvent s'avérer avantageuses dans certains contextes. Dans le cas particulier d'une adaptation de services par l'embauche de professionnels de la santé bilingues, il serait essentiel d'évaluer leurs compétences linguistiques en langue seconde avec des outils appropriés et d'éviter de recourir à eux en tant qu'interprètes.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1 PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 Données démographiques sur les langues parlées au Québec.....	3
1.2 Les conséquences des barrières linguistiques sur l'accès aux services sociaux et de santé	4
1.3 Les indicateurs de connaissance et d'utilisation des langues au Québec.....	6
1.4 Droits aux soins et aux services de santé dans sa langue	8
1.5 Contexte législatif québécois en matière linguistique	9
1.6 Objectifs et méthodes	9
1.6.1 Objectifs.....	9
1.6.2 Méthode.....	9
2 RÉSULTATS	11
2.1 L'utilisation de documents bilingues ou traduits.....	11
2.2 L'offre de cours de langue seconde aux professionnels de la santé et des services sociaux.....	12
2.3 L'embauche et le recours aux employés bilingues	14
2.4 Le recours à des interprètes.....	15
2.5 Synthèse des recommandations de la littérature sur les « bonnes pratiques » d'adaptation linguistique des soins et des services sociaux et de santé	20
3 APPLICABILITÉ DE CERTAINES MESURES D'ADAPTATION DANS LE CONTEXTE QUÉBÉCOIS	23
3.1 Interprétation.....	23
3.2 Embauche d'employés bilingues	24
3.3 Cours de langue seconde destinés aux professionnels de la santé.....	25
3.4 Documents bilingues ou traduits	25
4 ENJEUX ÉTHIQUES ET ORGANISATIONNELS	27
CONCLUSION	29
RÉFÉRENCES.....	31
ANNEXE 1 STRATÉGIE ET RECHERCHE DOCUMENTAIRE	37

INTRODUCTION

Le présent rapport a été rédigé dans le cadre du projet d'amélioration des connaissances sur la santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire, projet qui vise notamment à améliorer les connaissances sur l'état de santé et de bien-être des personnes d'expression anglaise du Québec ainsi qu'à documenter l'adaptation linguistique des services de santé et des services sociaux.

L'un des objectifs spécifiques du projet consiste en la production d'un état des connaissances scientifiques sur les meilleures pratiques pour améliorer la qualité de la communication dans l'offre de soins et de services sociaux et de santé aux usagers ayant une connaissance limitée du français, plus particulièrement ceux dont la langue d'expression est l'anglais.

Les Québécois qui ne maîtrisent pas suffisamment le français peuvent rencontrer des difficultés d'ordre linguistique dans leurs relations avec les professionnels de la santé et des services sociaux du Québec, lesquels ont majoritairement le français comme langue maternelle. Bien que plus d'un professionnel puisse rendre un soin ou un service en anglais, il existe peu de mécanismes d'évaluation quant à leurs compétences réelles à communiquer dans cette langue lorsqu'il s'agit d'une langue seconde. Le nombre d'intervenants qui peuvent offrir des services dans d'autres langues que le français et l'anglais est évidemment encore plus limité.

Les barrières linguistiques peuvent entraîner des effets néfastes sur la santé des usagers ayant une connaissance limitée du français. Dans cette perspective, les établissements doivent tenter d'adapter les services et les soins aux besoins de cette clientèle, tel que prescrit par la Loi sur les services de santé et les services¹.

Ce rapport est issu d'une analyse des écrits scientifiques et de la littérature grise sur différentes approches d'adaptation linguistique de soins et de services sociaux et de santé. On y identifie certaines bonnes pratiques qui devraient contribuer à jeter des balises pour les futures interventions considérant l'importance de la qualité de la communication entre un intervenant et son client. Les enjeux touchant ces différentes pratiques sont abordés de manière à définir les conditions optimales de leur mise en place et de leur utilisation. Le rapport propose ensuite certaines pistes de réflexion adaptées au contexte québécois.

Le rapport abordera quatre approches d'adaptation linguistique en matière de santé et services sociaux :

1. L'utilisation de lexiques bilingues, de formulaires bilingues ou traduits d'évaluation de la condition de l'utilisateur et l'utilisation de documentation traduite en santé et services sociaux;
2. L'offre de cours de langue seconde aux professionnels;
3. L'embauche et le recours aux employés bilingues;
4. Le recours à des interprètes.

¹ L.R.Q. chapitre S-4.2, Loi sur les services de santé et les services sociaux, article 2, 5^e et 7^e aliéas et article 15.

1 PROBLÉMATIQUE

1.1 DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES SUR LES LANGUES PARLÉES AU QUÉBEC

Le français est la langue maternelle et la langue parlée quotidiennement par environ 80 % des Québécois². Les personnes d'expression anglaise représentent le groupe linguistique minoritaire le plus important au Québec. En effet, 8 % de la population québécoise se déclare de langue maternelle anglaise et 10 % rapporte parler l'anglais à la maison. Par ailleurs, 12 % de la population déclare une langue maternelle autre que le français ou l'anglais et 7 % parle une langue autre que le français ou l'anglais à la maison.

La population québécoise compte également 40 000 personnes déclarant une langue maternelle autochtone selon le recensement de 2006 et 34 000 d'entre eux utilisent cette langue à la maison³. Un nombre relativement limité d'entre eux déclarent le français ou l'anglais comme langue maternelle⁴.

Parmi la population née hors Canada recensée au Québec en 2006 (850 000 personnes), 20 % déclarent le français comme langue maternelle, 9,2 % l'anglais et 70 % une autre langue. Quant à la langue parlée à la maison, 36 % d'entre eux parlent le français, 19 % l'anglais et 43 % une langue autre⁵.

Le recensement nous permet aussi de jeter un regard sur la connaissance des langues officielles. Du 20 % de la population québécoise qui n'a pas le français comme langue maternelle et pour qui la communication dans cette langue est susceptible de créer des difficultés dans ses rapports avec le système social et de santé, plus de 70 % connaîtraient le français, 23 % ne connaîtraient que l'anglais et 5 % ne connaîtraient qu'une langue autre que le français ou l'anglais. Évidemment, la connaissance d'une langue officielle, que ce soit le français ou l'anglais, ne garantit pas que la personne puisse communiquer efficacement dans cette langue avec un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux.

² Toutes les données statistiques présentées ci-dessous sont tirées d'une commande spéciale de données du recensement 2006 pour des analyses effectuées par l'INSPQ.

³ Nous savons pertinemment qu'une bonne partie de la population autochtone n'est pas recensée.

⁴ Deux nations importantes en nombre, les Mohawks et les Wendats, déclarent respectivement l'anglais et le français comme langue maternelle. Ces deux nations n'ont pas été recensées en 2006.

⁵ Environ 2 % disent parler deux langues à la maison.

1.2 LES CONSÉQUENCES DES BARRIÈRES LINGUISTIQUES SUR L'ACCÈS AUX SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ

Les barrières linguistiques dans l'offre de soins et de services sociaux et de santé se manifestent généralement sous la forme d'un problème de communication entre le professionnel et son client causé par le fait que les deux interlocuteurs ne parlent pas la même langue. Au Québec, 85 % des médecins omnipraticiens et près de 90 % des infirmiers, des psychologues et des travailleurs sociaux ont le français comme première langue officielle parlée⁶ (Trempe et Lussier, 2011)⁷. Considérant que 20 % de la population du Québec a une langue maternelle autre que le français, ces personnes sont susceptibles de faire face à des barrières linguistiques lorsqu'elles auront recours à des soins ou à des services. Il n'est donc pas rare au Québec qu'un professionnel francophone doive s'adresser à un usager anglophone, allophone⁸ ou de langue autochtone.

Les problèmes de communication dans l'offre de soins et de services sociaux et de santé peuvent prendre d'autres formes. En effet, une bonne communication entre deux locuteurs dépend aussi de leurs référents culturels et sociaux. Les expressions de la douleur et de la souffrance peuvent varier d'une culture ou d'un groupe social à l'autre. Des études ont démontré une tendance à la somatisation des problèmes de santé mentale chez certains groupes ethniques (Kirmayer et Young, 1998). À l'intérieur d'une même culture et d'une même langue, des individus appartenant à des groupes sociaux différents peuvent éprouver certaines difficultés de communication. Des études ont démontré que la compréhension du jargon médical par les individus analphabètes ou peu alphabétisés est souvent très faible et que cela peut engendrer des conséquences sur leur état de santé (Bernèche et Traoré, 2007; Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008).

Un autre aspect de la communication entre un intervenant et son client est celui de l'expression de l'empathie et des émotions. L'intervenant doit parfois aborder avec un patient parlant une autre langue des sujets qui peuvent être sensibles et lourds émotionnellement. Par exemple, lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie létale, de la nécessité du recours à des traitements aux effets secondaires désagréables, ou encore, lorsque le médecin doit obtenir le consentement du patient pour une intervention pouvant entraîner des conséquences graves. Au-delà de la communication de ces informations dans un langage clair et compréhensible pour le patient, le professionnel intervenant en langue seconde devra avoir les capacités linguistiques requises pour exprimer de l'empathie.

Loin de vouloir négliger l'importance des aspects interculturels dans la communication, notre analyse focalisera principalement sur les enjeux de communication entre personnes de langue différente dans l'offre de soins et de services.

⁶ Communément appelée PLOP. Le lecteur trouvera la définition à la section 1.3.

⁷ Ces données portent aussi sur le recensement 2006. La situation démo-linguistique du Québec évoluant rapidement, les données du recensement 2011 donneront peut-être un éclairage nouveau.

⁸ Le terme allophone est utilisé au Québec pour désigner les personnes de langue maternelle autre que le français, l'anglais ou une langue autochtone.

La qualité de la communication linguistique entre le professionnel francophone et le client ayant une connaissance limitée du français peut avoir des répercussions importantes sur la santé du client. Par exemple, si le professionnel a une mauvaise compréhension des symptômes de son client, cela peut engendrer des traitements inutiles car n'agissant pas sur la bonne cause. La condition médicale du client ne s'améliorant pas, cette mauvaise communication peut entraîner non seulement des coûts inutiles, mais aussi une aggravation de l'état de santé du client. En 2001, Bowen a effectué, à la demande de Santé Canada, une recension des écrits scientifiques sur les effets des barrières linguistiques sur l'accès aux soins de santé (Bowen, 2001). Selon cette recension, les barrières linguistiques auraient plusieurs effets néfastes pour les clients avec des connaissances limitées de la langue majoritaire (le français au Québec et l'anglais ailleurs au Canada). Notamment, elles limiteraient l'accès aux programmes de prévention en santé et affecteraient la qualité des soins reçus. Certaines études recensées dans son rapport ont montré que les clients de langue minoritaire obtiennent plus souvent des congés de l'hôpital sans rendez-vous de suivi, reçoivent plus fréquemment une médication inadéquate ou trop peu d'indications concernant la prise de médicaments, comprennent moins bien leur diagnostic, se font plus souvent prescrire des médicaments, utilisent moins souvent les services de santé mentale, sont moins satisfaits des soins qu'ils ont reçus et passent en moyenne plus de temps à l'urgence que les clients de la langue majoritaire. Le rapport cite également des études démontrant que les professionnels de la santé intervenant auprès de clients de langue minoritaire sont moins satisfaits de leur travail, ressentent plus de stress et ont plus de risque d'être poursuivis en justice pour une erreur médicale due à un problème de communication.

Une étude menée auprès d'un échantillon d'usagers d'hôpitaux québécois a de son côté démontré que ceux connaissant des difficultés de communication linguistique sont plus susceptibles d'être exposés à des événements indésirables (blessures non intentionnelles ou complications consécutives aux soins reçus) que tout autre usager (Bartlett, Blais, Tamblyn, Clermont, et MacGibbon, 2008).

D'autres études ont démontré que, comparés à une cohorte de clients de la langue majoritaire, les clients d'une langue minoritaire sont plus souvent hospitalisés, passent plus de tests médicaux et reçoivent plus souvent de l'hydratation intraveineuse. Ces mesures étant coûteuses, les auteurs ont démontré qu'une mauvaise communication entre le client et le médecin augmente le coût des soins (Hampers et McNulty, 2002). Une autre étude a démontré qu'une mauvaise communication entre l'utilisateur et le clinicien pouvait faire en sorte que certains usagers ne se présentent pas à leur prochain rendez-vous et ne suivent pas le traitement tel qu'il leur a été prescrit (Drennan, 1996). Une recension des écrits faite par Yeo relève que les barrières linguistiques sont associées à des visites plus longues et moins fréquentes dans les cliniques médicales, à plus de visites aux urgences, à moins de suivis, et à une plus grande insatisfaction face aux services reçus. Il souligne aussi que ce sont les personnes les plus âgées, les plus pauvres et les femmes qui souffrent le plus de cette barrière de la langue (Yeo, 2004). Les barrières linguistiques contribueraient donc aux inégalités de santé parmi les populations d'une langue minoritaire (Diamond et Jacobs, 2009).

Des études ont montré que le fait de mettre en place certaines mesures d'adaptation linguistique des services pour des usagers de langue minoritaire entraîne une amélioration

de la qualité des soins reçus (Karlner, Jacobs, Chen, et Mutha, 2007), une augmentation de leur utilisation des services (Snowden, Masland, Peng, Wei-Mien Lou, et Wallace, 2010), une diminution des coûts associés à leurs traitements (Hampers et McNulty, 2002), une amélioration de leur compréhension lors de l'échange avec le professionnel de la santé (Han, Laranjo, et Friedman, 2009) et que cela contribue à l'adoption par les professionnels de la santé de pratiques moins discriminatoires (Bishop, 2008). Finalement, selon Beach et ses collaborateurs, le fait d'inviter par téléphone, dans leur langue maternelle, des femmes de langue espagnole à effectuer certains tests de dépistage (cancer du col, du sein, colorectal) augmenterait de façon significative l'utilisation de ces services par cette population (Beach et collab., 2007).

1.3 LES INDICATEURS DE CONNAISSANCE ET D'UTILISATION DES LANGUES AU QUÉBEC

Plusieurs indicateurs du recensement canadien sont susceptibles de rendre compte des compétences linguistiques de la population québécoise. Il est nécessaire de bien les comprendre afin d'être attentif aux limites qu'ils comportent, tout en rappelant qu'il s'agit toujours d'une auto-déclaration de la connaissance ou de l'utilisation d'une langue. Plusieurs des conclusions que nous tirons sur les compétences linguistiques des intervenants en santé et services sociaux pourraient évidemment s'appliquer aussi à leurs clients.

Langue maternelle : Elle fait référence à la langue apprise dans l'enfance qui est encore comprise par la personne au moment où les données sont recueillies (Statistique Canada, 2010). Cet indicateur est celui qui devrait le plus rendre compte d'un niveau de compétence élevé dans une langue donnée. Les contenus émotionnels et affectifs y sont mieux exprimés et compris (Bowen, 2001; Musser-Granski et Carrillo, 1997). Dans l'offre de soins et de services sociaux et de santé, la langue maternelle est la langue dans laquelle la communication est susceptible d'être la plus efficace et dépourvue d'erreurs d'interprétation pouvant avoir des conséquences sur la santé de l'utilisateur. C'est aussi la langue dans laquelle le professionnel sera en principe le plus à l'aise pour intervenir (Verdinelli et Biever, 2009).

Langue parlée à la maison : La langue parlée à la maison est, pour une majorité des personnes, la même que la langue maternelle. En ce sens, ce peut être un très bon prédicteur de la capacité à bien communiquer dans cette langue. Cependant, pour certains des locuteurs, le français ou l'anglais parlé à la maison est une langue seconde. On peut supposer qu'il indique l'aisance d'un individu à entretenir une conversation dans une langue donnée, mais il ne reflète pas nécessairement un niveau de compétence suffisant pour offrir des soins et des services de qualité dans cette langue.

Bilinguisme : Selon le nouveau Petit Robert 2007, un individu « bilingue » est quelqu'un qui « parle et possède parfaitement deux langues ». Selon Le grand dictionnaire de la langue française, le bilinguisme peut également se définir comme « la possession de deux langues, acquises simultanément ». Pour le recensement canadien, le bilinguisme signifie la capacité de tenir une conversation dans les deux langues officielles, le français et l'anglais⁹.

⁹ Aux fins du recensement canadien, ne sont pas comptées parmi les personnes bilingues celles pouvant tenir une conversation dans une seule des deux langues officielles et dans une tierce langue.

On peut être bilingue de langues maternelles comme on peut avoir appris la seconde langue plus tard dans sa vie; les compétences linguistiques peuvent être différentes selon le cas. Un professionnel de la santé ou des services sociaux bilingue de langue maternelle est probablement plus susceptible de posséder un niveau de compétences linguistiques dans les deux langues (français et anglais) lui permettant d'assurer une communication de qualité, même s'il n'est pas formé pour le faire dans le cadre de sa profession.

Il est couramment supposé que le bilinguisme au Québec est largement répandu et qu'il répond ainsi à un besoin linguistique dans l'offre des soins de santé et services sociaux. Cependant, selon les données du Recensement 2006, seulement 0,7 % de la population québécoise serait « bilingue » (français et anglais) de langue maternelle et 0,9 % le serait au niveau de la langue d'usage à la maison.

Première langue officielle parlée (PLOP) : Cet indicateur permet surtout de classer dans les groupes linguistiques francophone ou anglophone les personnes ayant une tierce langue comme langue maternelle. C'est une variable construite à partir de la capacité à soutenir une conversation dans l'une des deux langues officielles d'abord, et ensuite, à partir de la langue maternelle et de la langue parlée à la maison. Par exemple, une personne ayant l'espagnol comme langue maternelle et le parlant à la maison, mais étant capable de soutenir une conversation en français et non en anglais aura le français comme PLOP. En principe, les personnes ayant le français ou l'anglais comme langue maternelle auront cette même langue comme PLOP.

La PLOP peut être un indicateur trompeur de la capacité à communiquer adéquatement dans cette langue. Cependant, s'il s'agit de professionnels de la santé ou des services sociaux, il est fort possible que ce soit la langue dans laquelle ces professionnels ont été formés et que ce soit aussi fréquemment leur langue de travail. Leur capacité à communiquer adéquatement dans un contexte de dispensation de soins est donc probablement très bonne.

Cependant, nous pouvons également supposer que certains usagers de PLOP française ou anglaise et de langue maternelle autre sont rarement exposés au vocabulaire utilisé dans les services médicaux ou services sociaux dans l'une des deux langues officielles. Il est probable qu'ils préfèrent recevoir des soins dans leur langue maternelle vu la complexité linguistique qu'implique l'expression des symptômes et la compréhension du vocabulaire médical ou social en langue seconde (Bowen, 2001).

Utilisation de la langue officielle minoritaire au travail : Cet indicateur fait référence au Québec à l'usage de l'anglais dans le milieu de travail. L'utilisation de l'anglais comme langue seconde au travail par un professionnel de la santé ou des services sociaux n'indique pas nécessairement qu'il possède un niveau de compétence élevé dans cette langue. Par exemple, un professionnel francophone peut utiliser régulièrement l'anglais au travail mais commettre des erreurs linguistiques qui peuvent entraîner des conséquences sur la santé de l'utilisateur.

Selon un rapport de l'Institut national de santé publique, 15,3 % des médecins, 8,6 % du personnel infirmier et 10,7 % des psychologues et travailleurs sociaux au Québec déclaraient l'anglais comme PLOP en 2006 (Trempe et Lussier, 2011)¹⁰. Cependant, des proportions beaucoup plus élevées rapportaient utiliser l'anglais le plus souvent ou régulièrement au travail : 51,6 % des médecins, 36,9 % des infirmières et 29,4 % des psychologues et travailleurs sociaux (Trempe et Lussier, 2011). Nous constatons donc qu'une forte proportion des professionnels disant utiliser régulièrement ou très souvent l'anglais dans leur travail n'ont pas cette langue comme PLOP.

Un nombre important de professionnels francophones de la santé et des services sociaux au Québec rapportent pouvoir soutenir une conversation en anglais, soit 85 % des médecins, 45 % du personnel infirmier et 50 % des psychologues et travailleurs sociaux (Blaser, 2009). Toutefois, il faut être prudent dans l'utilisation de ces données car être capable de soutenir une conversation dans une langue n'est pas un indicateur de compétences suffisantes pour traduire du contenu médical ou pour donner des services et offrir des soins dans cette langue (Moreno, Otero-Sabogal, et Newman, 2007).

Bien qu'un certain nombre d'immigrants et d'autochtones au Québec aient l'anglais comme PLOP, la majorité d'entre eux ont une langue maternelle autre que l'anglais. Il est donc possible que leur niveau de connaissance de l'anglais ne leur permette pas de comprendre le vocabulaire médical, d'expliquer leurs symptômes ou d'exprimer leur souffrance (Blaser, 2009). Il faut donc, dans leur cas, éviter de conclure trop rapidement que l'anglais devrait être la langue de communication. Le même constat s'impose pour le français lorsque ce n'est pas la langue maternelle sinon la PLOP.

1.4 DROITS AUX SOINS ET AUX SERVICES DE SANTÉ DANS SA LANGUE

Le réseau de la santé et des services sociaux a la responsabilité d'adapter ses services au contexte linguistique et culturel. Selon l'article 15 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (*L.R.Q., chapitre S-4.2, s. d.*) : « toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent des services et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès visé à l'article 348 ». Ce même réseau doit aussi tenir compte des particularités linguistiques, socioculturelles et ethnoculturelles des régions (art. 2.5) et favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec (art. 2.7).

¹⁰ Ceci inclut aussi les intervenants dont l'anglais est la langue maternelle.

1.5 CONTEXTE LÉGISLATIF QUÉBÉCOIS EN MATIÈRE LINGUISTIQUE

La Charte de la langue française¹¹ établit le français comme seule langue officielle dans la province et elle établit le français comme langue de travail. Tout travailleur a le droit de travailler en français et il est proscrit, sauf exception, d'exiger la connaissance d'une langue autre que le français. Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux québécois sont assujettis aux dispositions de la Charte qui gouverne l'administration publique. Ceci inclut tous les établissements qui offrent des services en langue anglaise dont certains ont été reconnus officiellement comme ayant une majorité de clientèle d'expression anglaise. De plus, elle impose aux établissements certaines restrictions sur l'utilisation de langues autre que le français, par exemple dans les communications internes, dans l'affichage, etc. La reconnaissance mentionnée ci-dessus permet aux établissements reconnus un assouplissement quant à l'application de certaines dispositions de la Charte.

1.6 OBJECTIFS ET MÉTHODES

1.6.1 Objectifs

L'objectif de cette analyse documentaire est de présenter les forces et les faiblesses de quelques approches d'optimisation de la communication linguistique entre les professionnels de la santé et des services sociaux et leurs clients de langues différentes dans l'offre de soins.

1.6.2 Méthode

Ce rapport a utilisé l'analyse documentaire comme approche méthodologique. Dans un premier temps, des articles de revues scientifiques ainsi que des documents provenant de la littérature grise suggérés par des spécialistes de la question ont été consultés. À la suite d'une première analyse effectuée à l'aide du logiciel N'Vivo8, quatre types d'adaptations linguistiques ont été dégagés. Ces quatre types ont constitué la base des thèmes qui allaient être explorés au moyen de requêtes de recherches bibliographiques effectuées dans différentes bases de données (PubMed, OvidSP, Embase, EBSCOhost, Proquest, Google Scholar, NCBI) et par la navigation sur différents sites permettant d'accéder à de la littérature grise et à des travaux universitaires (Nyam, Érudit). Le seul critère d'inclusion était la date des publications (de 2000 à 2011) vu le faible nombre d'articles portant sur la plupart de ces thèmes.

¹¹ L.R.Q. chapitre C-11, Charte de la langue française.

Tableau 1 Critères d'inclusion des études

Publication	Thématiques (devaient inclure au moins un élément de A et un élément de B)	
Critères d'inclusion	A	B
<ul style="list-style-type: none"> • Publié entre 2000 et 2011 • Publié avant 2000 dans le cas des articles pertinents cités dans les articles recensés ou lorsqu'il y avait trop peu de résultats de requête 	<ul style="list-style-type: none"> • Cours de langue • Embauche de personnel bilingue • Interprétation • Lexique bilingue • Formulaire bilingue • Formulaire traduit • Information traduite • Information bilingue 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels de la santé • Santé
Critères d'exclusion		
<ul style="list-style-type: none"> • Étudiants • Futurs professionnels en santé • Professionnels de la santé dont la langue maternelle n'est pas la langue majoritaire du territoire face à une clientèle parlant la langue officielle du pays 		

D'autres articles ou documents tirés des références des articles recensés ont été inclus par la suite. Dans ces cas, les dates de publication de ces documents pouvaient être antérieures à l'année 2000 s'ils étaient pertinents pour l'analyse.

Plusieurs rencontres ont été tenues avec des experts québécois concernés par les questions portant sur la communication linguistique et culturelle et le document a aussi été relu par d'autres experts sur le sujet.

Une grande partie des études recensées proviennent des États-Unis, donc d'un système de santé présentant de grandes différences avec le système québécois, et elles concernent généralement des populations de langue espagnole ayant une connaissance limitée de l'anglais. Nous savons pertinemment que de nombreux pays connaissent un contexte de dualité linguistique qui peut ressembler à celui du Québec. Malheureusement, notre recension des écrits ne nous a pas permis de trouver beaucoup d'études sur ces pays.

La possibilité de généralisation de ces études au contexte québécois est donc limitée. Elles permettent néanmoins de dresser un portrait des différentes approches d'adaptation linguistique des services sociaux et de santé.

2 RÉSULTATS

2.1 L'UTILISATION DE DOCUMENTS BILINGUES OU TRADUITS

Cette analyse documentaire a recensé certaines études évaluant l'amélioration de la communication entre les professionnels de la santé et leurs clients de langue minoritaire amenée par l'utilisation de formulaires bilingues ou traduits d'évaluation de la condition de l'utilisateur, de traduction d'informations sur la santé et de lexiques bilingues.

Un formulaire bilingue d'évaluation de la condition de l'utilisateur est un document préconstruit qui comporte des espaces dans lesquels le professionnel de la santé inscrit les renseignements demandés; les questions du formulaire sont écrites dans les deux langues. La traduction d'informations sur la santé prendra souvent la forme de dépliants ou d'affiches qui auront été traduits dans une autre langue. Un lexique bilingue est un répertoire qui inventorie des termes accompagnés de leurs équivalents dans une ou plusieurs autres langues et qui ne comporte pas de définitions (Office québécois de la langue française, 1985).

Au cours des dernières décennies, des lexiques anglais-français destinés à l'usage de professionnels de la santé ont été développés. En 2006, les membres du projet de formation et de maintien en poste de professionnels de la santé, un projet chapeauté par l'Université McGill, ont mis sur pied un comité dont le mandat consistait à définir une liste de critères nécessaires à l'évaluation de tels lexiques ainsi qu'à procéder à l'évaluation de sept d'entre eux. Le comité a formulé plusieurs recommandations pour améliorer le contenu de ces lexiques. Il a également suggéré le développement d'un lexique destiné aux professionnels en santé mentale et aux travailleurs sociaux. Cependant, il a émis des réserves quant à l'utilisation de tels lexiques tout en leur reconnaissant malgré tout une certaine utilité pour les professionnels de la santé francophones étudiant l'anglais dans le contexte de leur travail (McLaughlin et Rogers, 2006).

Les formulaires bilingues ou traduits servant à compléter une évaluation de la condition de l'utilisateur semblent aider les professionnels de la santé ayant certaines connaissances de la langue seconde à formuler correctement les questions destinées aux usagers, mais demeurent limités en ce qui a trait à leur compréhension des réponses données par ces derniers. Une étude portant sur l'utilisation par des médecins anglophones d'un formulaire d'évaluation médicale bilingue accompagné d'un lexique (anglais-portugais) a démontré que, comparée à un entretien se déroulant uniquement en anglais, la compréhension des usagers s'améliorait de 68 % lorsque le médecin posait les questions en portugais à l'aide du formulaire bilingue. Cependant, les médecins ont rapporté avoir de la difficulté à comprendre les réponses de leurs clients malgré l'aide du lexique (Han et collab., 2009). Dans une autre étude où des nutritionnistes utilisaient un formulaire traduit en espagnol permettant d'établir des portraits nutritionnels, ces dernières rapportaient que le formulaire pouvait les aider à bien formuler les questions posées aux usagers, mais elles avaient aussi parfois de la difficulté à comprendre leurs réponses. Elles ont rapporté que ces derniers avaient tendance à surestimer leur capacité de compréhension de l'espagnol et ils s'exprimaient alors de manière trop détaillée pour le niveau de compétence linguistique des nutritionnistes (Lear, 2005).

Une simple traduction d'un formulaire ne suffit pas à assurer une compréhension des symptômes de l'utilisateur. Le formulaire doit également être adapté à la culture associée à la langue. Une étude portant sur un questionnaire d'évaluation de la douleur chez des usagers souffrant de douleurs chroniques traduit de l'anglais au portugais conclut que ce questionnaire était peu adapté au contexte culturel brésilien car les termes utilisés dans le questionnaire pour décrire la douleur ne correspondaient pas à ceux utilisés par les Brésiliens. En effet, l'expérience de la souffrance due aux douleurs chroniques chez ces derniers était plutôt associée à des symptômes de dépression alors que le questionnaire portait principalement sur des descripteurs de douleurs somatiques. Ainsi, une simple traduction de l'outil ne permettrait pas d'évaluer convenablement la condition des usagers. Les auteurs de cette étude insistent sur le fait que des outils tels que des questionnaires d'évaluation de la condition physique ou mentale d'un usager ne doivent pas être uniquement traduits, mais aussi adaptés culturellement (Cardoso et Faleiros Sousa, 2009).

La traduction de documentation sur la santé comporte également certaines limites. Une étude mesurant l'adhésion des usagers à un traitement lorsqu'on leur remettait une traduction dans leur langue des consignes d'utilisation de médicaments a démontré que l'adhésion au traitement était améliorée uniquement lorsque ces consignes avaient été préalablement expliquées à l'utilisateur par un interprète (Larizza, Wilson, et Dooley, 2009). Une étude évaluant le niveau d'alphabétisation d'utilisateurs ayant une connaissance limitée de l'anglais dans un hôpital situé en Grande-Bretagne a démontré que leur niveau d'analphabétisme, en anglais ou dans leur langue maternelle, pouvait atteindre jusqu'à 86.9 % dans certains groupes ethniques. L'hôpital qui adaptait ses services en traduisant en plusieurs langues des brochures d'information sur la santé a plutôt opté pour la réalisation de capsules vidéo pouvant être présentées aux usagers (Tuffnell, Nuttall, Raistrick, et Jackson, 1994).

Finalement, bien que ces outils de communication bilingues puissent améliorer la compréhension des usagers de langue minoritaire, ils peuvent quand même entraîner des problèmes de compréhension et d'interprétation importants susceptibles d'avoir des conséquences néfastes sur leur santé. Ces outils devraient être utilisés avec prudence et ne devraient pas remplacer les services d'un interprète.

2.2 L'OFFRE DE COURS DE LANGUE SECONDE AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les cours de langue seconde destinés aux professionnels ont comme objectif d'améliorer la communication entre un professionnel et un usager. Cependant, atteindre un niveau de compétence suffisant dans une langue seconde pour être en mesure de communiquer sans faire d'erreurs de compréhension demeure un grand défi. Plusieurs auteurs insistent sur le fait que les cours de langue seconde offerts aux professionnels de la santé devraient être utilisés conjointement avec les services d'interprètes et ne pas les remplacer (Mazor, Hampers, Chande, et Krug, 2002; Prince et Nelson, 1995a).

L'enseignement d'une langue seconde à des professionnels de la santé comporte certains avantages. Un professionnel de la santé ayant certaines notions de la langue de l'utilisateur et utilisant ces notions au moment du premier contact peut contribuer à la construction du lien

de confiance avec lui, ce qui peut avoir des effets positifs sur le lien thérapeutique (Bender et Harlan, 2005). La présence de professionnels ayant bénéficié d'une formation linguistique amènerait une augmentation de la satisfaction des usagers quant aux soins reçus (Mazor et collab., 2002). Cependant, plusieurs auteurs soulignent l'importance que les compétences linguistiques en langue seconde des professionnels ayant suivi des cours soient évaluées avant que ces derniers ne les utilisent dans le cadre de leur pratique. Cette évaluation permettrait de réduire les risques d'erreurs de communication pouvant avoir des effets négatifs sur la santé de l'utilisateur (Diamond et Jacobs, 2009; Huang J et collab., 2009).

Selon plusieurs auteurs, les cours de langue seconde offerts aux professionnels devraient inclure du contenu psychoaffectif et de nature médicale (vocabulaire, scénarios) afin de favoriser l'utilisation des connaissances acquises (Isaacs, D. Laurier, Turner, et Segalowitz, 2011; Lear, 2005). Une étude effectuée auprès d'infirmières québécoises francophones a permis d'identifier certaines difficultés linguistiques lors de l'apprentissage de l'anglais langue seconde. Selon elles, les compétences les plus difficiles à assimiler étaient la communication de nature émotionnelle et le contenu médical (Isaacs et collab., 2011). Les cours de langue seconde devraient également focaliser sur la communication et la compréhension davantage que sur la grammaire. Par exemple, des stratégies misant sur la prononciation, l'écoute active et le fait de demander de répéter et de parler plus lentement devraient être favorisées (Bender et Harlan, 2005; Bloom, Timmerman, et Sands, 2006; Lear, 2005). Certains auteurs ont souligné l'importance que le cours de langue seconde soit intensif, en immersion, et qu'il porte sur du contenu médical afin de maximiser l'apprentissage (Bender et Harlan, 2005).

Certains milieux offrent des incitatifs financiers pour encourager leurs employés à suivre des cours de langue, incitatifs qui peuvent prendre la forme de bonus (Huang J et collab., 2009). Les professionnels disposant de peu de temps à accorder à des cours, certaines organisations vont offrir les cours de langue dans les locaux de l'établissement afin d'en faciliter l'accès pour les employés (Lear, 2005).

Cependant, une adaptation linguistique des services sociaux et de santé orientée uniquement vers l'enseignement d'une langue seconde aux professionnels de la santé, sans recours à un interprète ou sans évaluation des compétences linguistiques, peut entraîner certains risques. Une étude américaine a démontré qu'après avoir suivi un cours de 45 heures d'espagnol médical, des résidents en médecine de langue anglaise intervenant en espagnol commettaient fréquemment des erreurs de communication pouvant affecter la santé des usagers. Des 34 entretiens avec des usagers hispanophones, la moitié contenait des erreurs de communication mineures (vocabulaire ou grammaire incorrects) et cinq entretiens contenaient des erreurs de communication majeures qui ont pu avoir des conséquences importantes sur la santé de l'utilisateur (incompréhension de la durée des symptômes de l'utilisateur, incompréhension du vocabulaire). De plus, ces résidents auraient diminué de moitié la fréquence de leur recours à des interprètes (Prince et Nelson, 1995b). Une autre étude a aussi démontré une diminution du recours à des interprètes chez des médecins ayant suivi un cours d'espagnol médical de niveau débutant, ce qui pourrait avoir entraîné des erreurs médicales (Mazor et collab., 2002). Ainsi, les cours de langue seconde offerts aux professionnels de la santé devraient inclure une sensibilisation à l'importance de

l'utilisation des interprètes et devraient leur faire prendre conscience des limites de leurs compétences linguistiques dans le cadre de leur travail (Diamond et Jacobs, 2009).

2.3 L'EMBAUCHE ET LE RECOURS AUX EMPLOYÉS BILINGUES

L'embauche d'employés bilingues¹² constitue une autre forme d'adaptation linguistique des services. L'organisation recrute des employés parlant à la fois la langue majoritaire et une autre langue. Ces derniers pourront offrir des services directement dans la langue de l'utilisateur ou servir d'interprètes au besoin.

Plusieurs auteurs ont souligné l'importance d'évaluer le niveau de compétence linguistique des employés bilingues (Huang J et collab., 2009; Moreno et collab., 2007; Verdinelli et Biever, 2009). En effet, certains employés auraient tendance à surestimer leurs compétences linguistiques dans une langue seconde. Une étude effectuée auprès de médecins de famille a démontré que les clients de médecins qui se déclaraient « bilingues » avaient plutôt tendance à rapporter que ces derniers ne parlaient pas la langue seconde (Rosenthal, Wang, Schillinger, Pérez Stable, et Fernandez, 2011). Dans une étude qualitative effectuée auprès de psychologues américains anglophones ayant appris l'espagnol et intervenant parfois dans cette langue, ces derniers rapportaient se sentir parfois inconfortables et moins confiants d'intervenir dans cette langue. Ils seraient trop préoccupés à se faire comprendre et à tenter de comprendre les propos de l'utilisateur ce qui les empêcherait de focaliser sur le contenu même du discours. Le rythme de la thérapie en serait affecté et deviendrait lent, moins fluide et moins naturel (Verdinelli et Biever, 2009).

Une étude ayant pour but d'évaluer les connaissances linguistiques des 840 employés d'un établissement de santé qui se déclaraient bilingues et qui intervenaient ou interprétaient dans une autre langue a démontré que seulement 77 % d'entre eux étaient suffisamment bilingues pour intervenir dans l'autre langue ou interpréter du contenu médical. La majorité des 23 % qui ne possédaient pas les connaissances linguistiques suffisantes pour interpréter du contenu médical avait néanmoins un niveau suffisamment élevé de compétences pour interpréter du contenu non médical (Moreno et collab., 2007).

Le coût et l'absence d'outils d'évaluation du bilinguisme sont souvent cités comme des barrières à l'évaluation des compétences linguistiques des employés offrant des soins en langue seconde ou qui servent d'interprètes (Huang J et collab., 2009). Selon un chercheur de l'Université polytechnique de Valence, l'utilisation d'une plate-forme web pour l'évaluation des compétences en langue seconde pourrait s'avérer fiable et peu coûteuse pour les établissements de santé; sa conclusion est basée sur une étude de satisfaction de l'utilisation d'une telle plate-forme qu'il a menée auprès de professeurs universitaires enseignant des langues (Garcia Laborda, 2009). Selon des chercheurs de l'Université George Washington, l'utilisation d'une évaluation téléphonique pourrait s'avérer une option intéressante. À l'hôpital Ukia Valley, situé dans une région rurale de la Californie où environ 20% de la population desservie est hispanophone, les directeurs des différents départements sollicitent leurs employés bilingues pour qu'ils se soumettent à un test téléphonique évaluant leurs compétences linguistiques. Le test dure environ 30 minutes et

¹² Bilingues ou polyglottes.

chaque participant qui s'y soumet reçoit une compensation de 50 \$. Selon leur résultat, les participants seront inscrits sur une liste de personnel jugé suffisamment compétent pour interpréter du contenu médical ou sur une liste de personnel pouvant interpréter du contenu non médical. Ces listes sont affichées sur l'intranet de l'hôpital afin d'être accessibles à l'ensemble du personnel médical (Huang J et collab., 2009). Des travaux de Norman Segalowitz à l'Université Concordia à Montréal et du groupe de recherche Health-Care Access for Linguistic Minorities (H-CALM) semblent prometteurs pour l'évaluation des compétences en langue seconde (Segalowitz, 2010).

Cependant, l'utilisation d'employés bilingues qui auraient reçu une formation comme interprètes et dont les compétences auraient été évaluées comporte aussi d'autres limites. Les gestionnaires des établissements devraient s'interroger sur les coûts réels associés à cette approche et se demander si elle constitue une utilisation efficace de leurs ressources humaines. Une étude qualitative menée par Battaglini souligne le fait que l'utilisation de professionnels de la santé comme interprètes est une solution coûteuse dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre (Battaglini et collab., 2005). Selon Drennan, l'utilisation de personnel infirmier comme interprètes dans un hôpital psychiatrique entraînait un manque de productivité, car ce personnel devait quitter son poste pour venir en aide à un collègue. Lorsqu'aucun infirmier bilingue n'était disponible dans un département, les usagers devaient attendre longtemps avant de recevoir des soins. Le personnel infirmier bilingue rapportait aussi beaucoup d'insatisfaction quant au fait d'être souvent sollicité pour interpréter; ce personnel ne se sentait pas toujours compétent pour le faire et n'était pas rémunéré pour ces tâches supplémentaires qui ne figuraient pas dans leur description d'emploi. Les psychiatres de leur côté rapportaient perdre beaucoup de temps à tenter de trouver du personnel bilingue disponible et, se sentant mal à l'aise de leur imposer ces tâches, ils tentaient de réduire au maximum le temps consacré à l'évaluation de l'utilisateur, ce qui entraînait le risque de compromettre la qualité des soins. Finalement, les membres du personnel infirmier étaient rémunérés le double du salaire d'un interprète, ce qui entraînait un gaspillage de ressources financières.(Drennan, 1996).

2.4 LE RECOURS À DES INTERPRÈTES

Il existe plusieurs types d'interprète pouvant aider dans l'offre de soins et de services sociaux et de santé. Ce rapport se concentrera principalement sur deux types que nous définirons comme suit: les interprètes formels et les interprètes informels ou ad hoc¹³. Nous entendons par « interprètes formels » des individus faisant de l'interprétation et qui ont suivi une formation¹⁴ dans ce domaine. Idéalement, ces interprètes devraient également avoir reçu une formation spécifique en interprétation médicale et leur niveau de compétence

¹³ Nous utilisons ici les mêmes termes que Battaglini et Léonard dans *Projet de Cadre national de référence en matière d'interprétariat*, (à paraître). Dans notre esprit, « formel » pourrait être remplacé par « professionnel », indiquant que la personne a bénéficié d'une formation spécifique en interprétation, qu'elle soit de niveau universitaire ou non.

¹⁴ La formation en interprétation peut varier considérablement d'une formation universitaire de deuxième cycle à une formation « maison » offerte par une banque ou une association d'interprètes par exemple.

linguistique dans les deux langues devrait avoir été évalué¹⁵ (Huang J, Ramos C, Jones K, et Regenstein M, 2009). Le terme « interprète formel » fait référence à un individu qui est appelé à interpréter mais qui n'a pas reçu de formation spécifique dans ce domaine. Ce peut être un employé bilingue de l'organisation, un bénévole parlant la langue requise ou un membre de la famille ou de la communauté de l'utilisateur dont le niveau de compétence linguistique peut avoir été évalué, ce qui semble cependant rarement le cas si on se fie à la littérature (Huang J et collab., 2009).

De nombreuses études démontrent que l'utilisation d'interprètes formels s'avère l'approche la plus efficace, celle qui comporterait le moins de risque pour la santé de l'utilisateur et celle qui comporterait le moins d'enjeux éthiques (Flores et collab., 2003; Jacobs et collab., 2001). L'utilisation en face à face d'interprètes formés à l'interprétation par l'hôpital, par comparaison avec des interprètes informels ou des interprètes formels joints par téléphone¹⁶, est l'approche qui amènerait la plus grande satisfaction de la part de parents s'étant présentés à une urgence pédiatrique (Garcia, Roy, Okada, Perkins, et Wiebe, 2004). Une étude portant sur la qualité de la communication lors de séances d'interprétation avec des interprètes informels a démontré que, sur 21 séances, la moitié comportait des erreurs d'interprétation sérieuses qui pouvaient affecter la compréhension des symptômes de l'utilisateur ou la crédibilité de ses propos (Elderkin-Thompson, Silver, et Waitzkin, 2001). Dans une autre étude comparant les erreurs d'interprétation commises par des interprètes informels et des interprètes formels, les interprètes informels commettaient plus fréquemment des erreurs pouvant avoir des conséquences cliniques importantes que les interprètes formels (Flores et collab., 2003). Selon une étude menée en Californie auprès d'infirmières bilingues non formées à l'interprétation, environ la moitié des entrevues évaluées présentaient des erreurs graves d'interprétation qui avaient affecté la compréhension des symptômes par le médecin ou la compréhension des préoccupations des utilisateurs (Elderkin-Thompson et collab., 2001). Dans une autre étude portant sur le recours à du personnel infirmier bilingue non-formé en interprétation dans un centre psychiatrique, certains psychiatres ont rapporté devoir parfois effectuer de nouveau l'évaluation de l'utilisateur car trop d'informations essentielles à l'attribution d'un diagnostic n'avaient pu être obtenues (Drennan, 1996). Bauer et Alegria constatent dans une recension des écrits qu'il existe de multiples sources potentielles de mauvaise communication et de distorsion dans la dispensation de soins psychiatriques, surtout en l'absence d'interprète ou si on utilise les services d'un interprète informel. L'évaluation d'un utilisateur dans une langue autre que sa langue maternelle peut mener à une conclusion incomplète ou erronée de son état de santé mentale. De plus, l'utilisation des services d'un interprète informel peut mener à des erreurs d'interprétation amenant un résultat semblable. L'utilisation d'un interprète formel permet d'atténuer ces difficultés et d'aider le patient à s'ouvrir au clinicien (Bauer et Alegria, 2010).

¹⁵ Bien que la plupart des études portant sur les interprètes formels spécifient que ces derniers ont suivi une formation en interprétation, peu d'études spécifient si la formation se spécialisait en interprétation médicale et comment le niveau de compétence linguistique des interprètes avait été évalué.

¹⁶ Les interprètes formés par l'hôpital ont obtenu un score de 85 % ou plus à un examen passé à l'hôpital et ils sont en formation et évaluation continues. Les interprètes informels peuvent être tout autre personnel de l'hôpital non spécifiquement formé et évalué, ou un parent ou un ami de l'utilisateur. L'interprète au téléphone fait partie d'une banque nationale d'interprètes et travaille en simultanée à l'aide d'écouteurs.

Plusieurs auteurs soulignent que le recours à un membre de la famille de l'utilisateur comme interprète informel peut entraîner des situations délicates où ces derniers refuseraient ou omettraient, volontairement ou non, de communiquer toute l'information à l'utilisateur, que ce soit pour des raisons culturelles, d'inconfort, ou en croyant protéger l'utilisateur (Drennan, 1996; Vissandjée, Ntetu, Courville, Breton, et Bourdeau, 1998). Jones et Gill soulignent particulièrement le danger d'utiliser des enfants comme interprète, compte tenu de leur manque de maturité émotionnelle et cognitive pour traduire des échanges entre leurs parents et des professionnels de la santé (Jones et Gill, 1998). L'utilisation d'interprètes informels peut aussi entraîner d'importantes violations de confidentialité pouvant avoir des conséquences sociales sur l'utilisateur ou la communauté (Battaglini, Alvarado, Poirier, et Caulet, 2005; Bowen, 2001; Vissandjée et collab., 1998).

Cependant, dans un contexte de ressources limitées, les interprètes formels ou professionnels constituent fréquemment une ressource rare selon Schenker et ses collaborateurs de l'Université de la Californie (Schenker, Lo, Ettinger, et Fernandez, 2008). Jones et Gill considèrent de leur côté que la disponibilité d'interprètes 24 heures par jour dans toutes les installations de santé est irréaliste (Jones et Gill, 1998).

Schenker et ses collaborateurs proposent donc aux médecins confrontés à cette problématique certaines pistes de réflexion pouvant les aider à faire des choix en termes d'adaptation linguistique de leurs services qui leur permettront d'offrir une meilleure qualité de service aux usagers d'une langue minoritaire. Selon eux, les médecins doivent d'abord tenir compte de la situation clinique de l'utilisateur. Si celui-ci requiert des soins dans l'immédiat et qu'aucun interprète formel n'est disponible, l'utilisation d'un interprète informel peut s'avérer nécessaire. Si le médecin connaît la langue de l'utilisateur, il peut aussi utiliser ses connaissances. Cependant, il sera important de faire appel à un interprète formel dès que possible afin de valider les informations qui ont été communiquées et comprises afin d'écartier au plus tôt toute possibilité d'erreur médicale.

Toujours selon ces auteurs, le médecin doit aussi considérer l'ampleur de la barrière linguistique entre l'utilisateur et lui-même et faire appel au besoin à un interprète formel. S'il possède certaines connaissances de la langue de l'utilisateur et si ses compétences ont été évaluées¹⁷, il pourra intervenir directement dans la langue de l'utilisateur. S'il a des compétences dans la langue de l'utilisateur mais qu'elles n'ont pas été évaluées et qu'aucun interprète formel n'est disponible, il devra utiliser ses connaissances avec beaucoup de précautions et valider constamment sa compréhension et celle de l'utilisateur au cours de l'intervention. Un interprète formel devra être appelé dès que possible afin de valider la compréhension des deux parties. Si aucun interprète n'est disponible dans l'établissement, les professionnels de la santé peuvent faire appel à des services d'interprétation par téléphone ou par visioconférence¹⁸. Dans le cas où l'accès à des interprètes formels est limité, on devrait prioriser pour son utilisation les usagers dont le profil clinique est grave et où la barrière linguistique est la plus haute.

¹⁷ Schenker et ses collaborateurs n'abordent pas l'évaluation des compétences linguistiques en langue seconde. Ils insistent plutôt sur l'importance de constamment s'assurer que les interlocuteurs se comprennent. L'évaluation des compétences en langue seconde a plutôt été suggérée par Huang et ses coll. (2009).

¹⁸ La visioconférence peut utiliser différents moyens techniques. Ça signifie simplement qu'il existe un contact visuel entre patient, intervenant et interprète en plus d'un contact verbal.

Finalement, Schenker et ses collaborateurs recommandent que le médecin tienne aussi compte des préférences de l'utilisateur. Certains préfèrent ne pas avoir recours à un interprète, souvent pour des raisons de confidentialité. Dans un cas où le professionnel de la santé juge qu'il serait important d'utiliser les services d'un interprète formel et que l'utilisateur refuse, il devra tenter d'expliquer les enjeux du problème et mentionner à ce dernier la gratuité du service si c'est le cas (Schenker, Lo, Ettinger, et Fernandez, 2008).

Muñoz et Kapoor-Kholi présentent dans une publication québécoise un très bon résumé des aspects positifs et négatifs des différents modes d'interprétation et dressent une liste de consignes destinées à l'intervenant faisant appel à des interprètes pour la dispensation de soins (Munoz et Kapoor-Kholo, 2007).

L'interprétation formelle ou professionnelle peut se faire de différentes façons, soit en face à face, par téléphone ou par visioconférence. La qualité de l'interprétation ne varierait pas d'un moyen à l'autre (Crossman, Wiener, Roosevelt, Bajaj, et Hampers, 2010). Cependant, la satisfaction des usagers, des médecins et des interprètes varierait selon le moyen utilisé. Les médecins et les interprètes préféreraient l'interprétation en face à face plutôt que la visioconférence à cause du temps requis pour installer le matériel audiovisuel et de la perte relative de contact visuel avec l'utilisateur (Price, Pérez-Stable, Nickleach, López, et Karliner, 2011). Par contre, ils préféreraient la visioconférence au téléphone puisque celle-ci permet de voir les expressions et les mouvements des interlocuteurs, même s'il peut y avoir perte partielle de contact visuel avec l'utilisateur qui a souvent tendance à regarder le moniteur. La mauvaise qualité du son lors de l'interprétation par téléphone semblerait aussi affecter leur appréciation de l'outil (Locatis et collab., 2010). Selon les interprètes, l'interprétation par téléphone peut s'avérer efficace pour transmettre de l'information brève aux usagers, comme la prise de rendez-vous, mais serait moins efficace lors d'échanges impliquant des aspects éducationnels ou psychosociaux (Price et collab., 2011). La satisfaction des usagers quant à elle varie d'une étude à l'autre. Dans une étude comparant leur niveau de satisfaction selon le recours à un interprète en face à face, par téléphone ou sans recours à un interprète (consultation avec un médecin bilingue), les usagers rapportaient être plus satisfaits par l'interprétation par téléphone ou en face à face et moins satisfaits lorsqu'il s'agissait d'une intervention effectuée par un médecin bilingue (Crossman et collab., 2010). Dans une autre étude, les usagers jugeaient les formes d'interprétation en face à face, en visioconférence ou par téléphone tout aussi satisfaisantes les unes que les autres (Locatis et collab., 2010).

Selon un article comparant les avantages et les inconvénients des différents moyens d'interprétation professionnelle à distance (téléphonique, visioconférence), l'interprétation par téléphone serait avantageuse pour la rapidité de l'accès, la disponibilité d'interprètes en plusieurs langues, l'accès au service à tout moment de la journée et la simplicité de son utilisation. Ce système serait efficace pour des échanges simples et de courte durée qui ne nécessitent pas de communication visuelle. L'interprétation en visioconférence offrirait les mêmes avantages que l'interprétation par téléphone, mais serait plus appropriée dans des situations cliniques nécessitant une communication visuelle. Elle s'apparenterait à l'interprétation en face à face en termes d'avantages. Cette méthode serait particulièrement efficace pour les interventions en santé mentale (Masland, Lou et Snowden, 2010).

Plusieurs auteurs ont souligné l'importance d'offrir aux professionnels de la santé une formation les sensibilisant à l'importance de la communication dans l'offre de soins et de services de santé, formation où ils se familiariseraient aussi avec l'utilisation des services d'interprétation (Bereknyei et collab., 2010; Bowen, 2001; Huang J et collab., 2009; Karliner, Pérez-Stable, et Gildengorin, 2004). En effet, une étude a démontré que la formation sur l'utilisation des services d'interprètes dans le contexte de l'offre de services et de soins de santé a un impact sur la fréquence d'utilisation et sur la satisfaction des médecins quant au service offert (Karliner et collab., 2004). Une autre étude a démontré que l'enseignement de ces compétences durant la formation des médecins s'avérait efficace et que les connaissances acquises étaient maintenues sur une période de quatre ans (Bereknyei et collab., 2010).

Dans une revue de littérature de l'Institut de recherche de la Fondation médicale Palo Alto en Californie, les auteurs ont identifié certains éléments qui devraient faire partie d'une formation sur les services linguistiques offerts aux professionnels de la santé (Diamond et Jacobs, 2009) :

- Sensibilisation aux enjeux des barrières linguistiques dans l'offre de soins et de services de santé;
- Compréhension des raisons pour lesquelles les barrières linguistiques sont susceptibles d'engendrer des inégalités de santé chez les usagers ayant une connaissance limitée de la langue majoritaire;
- Développement d'aptitudes à utiliser efficacement les services d'un interprète;
- Développement d'habiletés à reconnaître une séance d'interprétation qui ne fonctionne pas bien;
- Développement d'un jugement critique quant à la pertinence d'utiliser leurs propres compétences linguistiques auprès d'usagers ayant une connaissance limitée de la langue majoritaire.

Afin de maximiser la communication lors d'une séance avec un interprète, encore plus s'il s'agit d'un interprète informel, le professionnel de la santé devrait toujours parler le plus simplement possible et aviser l'interprète de l'interrompre autant de fois que cela est nécessaire afin de clarifier certains éléments ou pour avoir le temps de tout traduire. Lorsque le professionnel soupçonne des erreurs d'interprétation ou de communication, il devrait observer attentivement le langage non verbal de l'usager. La quantité d'informations communiquée par l'interprète devrait correspondre à ce que l'usager ou le professionnel de la santé ont dit. S'il soupçonne que l'interprète transmet ses propres opinions, le professionnel devrait à l'instant même clarifier le rôle de l'interprète et demander à ce dernier de communiquer l'information le plus fidèlement possible et en toute neutralité (Diamond et Jacobs, 2009).

Actuellement, il ne semble pas exister de consensus dans les écrits scientifiques et la littérature grise sur le contenu et le nombre d'heures de formation minimales requises pour intervenir adéquatement en tant qu'interprète formel spécialisé dans le domaine médical.

Toutefois, Bowen propose qu'une telle formation couvre les éléments suivants (Bowen, 2005) :

- Développement de compétences en interprétation;
- Enjeux éthiques en lien avec l'interprétation;
- Apprentissage d'un vocabulaire médical ou en lien avec le domaine de la santé;
- Développement d'habiletés pour expliquer des concepts médicaux difficilement traduisibles;
- Développement de compétences d'interprétation dans un champ spécifique de la médecine (p. ex. santé mentale);
- La formation devrait être offerte à des élèves bilingues maîtrisant adéquatement la langue majoritaire et une autre langue, peu importe laquelle;
- Les compétences linguistiques des élèves devraient être évaluées.

2.5 SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE LA LITTÉRATURE SUR LES « BONNES PRATIQUES » D'ADAPTATION LINGUISTIQUE DES SOINS ET DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ

Cette synthèse des « bonnes pratiques » en matière d'adaptation linguistique des services et des soins de santé est basée sur l'ensemble de notre recension et puise dans les synthèses faites par Huang et coll. de l'école de santé publique de l'Université George Washington sur l'adaptation linguistique des services et des soins de santé dans 800 centres hospitaliers américains (Huang J et collab., 2009), dans les travaux de Bowen de l'Université d'Alberta qui ont servi au développement d'un programme d'accès pour la région de Winnipeg dans la province du Manitoba au Canada (Bowen, 2004) et dans les travaux de Anderson et coll. qui visent à améliorer les compétences culturelles dans le système de santé américain (Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding, et Normand, 2003).

Les travaux de Huan et collab. sont basés sur la loi californienne *CA Health et Safety Code § 1259* sur l'accès aux soins et aux services de santé pour les usagers ayant une connaissance limitée de l'anglais; cette loi a été formulée grâce aux conclusions de nombreuses études portant sur le sujet (*CA Health et Safety Code § 1259*, s. d.; Huang J et collab., 2009). Ceux de Bowen sont pertinents non seulement pour leur qualité, mais aussi parce qu'ils concernent une région au contexte linguistique similaire à plusieurs régions du Québec en ce sens que le groupe minoritaire le plus important parle une langue officielle canadienne et où le système de santé est universel (Bowen, 2004). Ceux d'Anderson et coll. font une revue systématique de cinq interventions visant à améliorer les compétences culturelles dans le système de santé américain, incluant la communication linguistique.

Certaines pratiques concernent des orientations politiques, d'autres les gestionnaires d'établissements alors que d'autres touchent plus directement les personnes appelées à intervenir dans la dispensation des soins et services. Nous présentons une liste sélective des recommandations recensées sans présumer qu'elles sont, ou ne sont pas, déjà mises en application dans les établissements au Québec.

- Mettre en place une politique d'accès linguistique pour l'établissement;
- Définir les capacités de l'établissement à répondre aux besoins de sa clientèle ayant une connaissance limitée de la langue majoritaire;
- Effectuer une étude sur les besoins linguistiques de la population desservie par l'établissement;
- Faire preuve de leadership dans la mise en place de mesures d'adaptation linguistique des services et des soins dans l'établissement;
- S'informer sur les mesures possibles d'adaptation linguistique et sur les recommandations des travaux de recherche sur le sujet;
- Informer les usagers verbalement ou par écrit de leur droit à recevoir des services dans la langue dans laquelle ils se sentent le plus à l'aise;
- S'assurer que l'information sur la gratuité de l'interprétation formelle est donnée à l'utilisateur;
- Privilégier les services d'interprètes formels, si possible spécialisés dans le domaine médical, plutôt que d'autres approches d'adaptation linguistique;
- Favoriser le recrutement d'interprètes formels ayant suivi une formation spécialisée en interprétation dans le domaine médical;
- S'assurer des compétences linguistiques des interprètes formels dans les langues d'interprétation (évaluation);
- Donner des formations au personnel sur l'utilisation des services d'interprétation;
- S'assurer des compétences linguistiques dans les langues d'interprétation pour des interprètes informels (évaluation) et leur donner dans la mesure du possible une formation en interprétation médicale;
- Évaluer les compétences linguistiques du personnel considéré comme pouvant intervenir dans la langue seconde;
- N'utiliser l'appel à un collègue bilingue qu'en dernier recours, uniquement lors de situations urgentes;
- N'utiliser les membres de la fratrie, famille, amis, voisins comme interprètes que dans des situations d'urgence ou sur demande express de l'utilisateur;
- Rendre disponible du matériel clinique écrit facile à comprendre dans les langues les plus fréquemment rencontrées dans le milieu où est situé l'établissement.

3 APPLICABILITÉ DE CERTAINES MESURES D'ADAPTATION DANS LE CONTEXTE QUÉBÉCOIS

3.1 INTERPRÉTATION

Au Québec, il existe certaines banques régionales d'interprètes (Lafrenière, 2008) qui semblent destinées uniquement à des usagers de langues autres que l'anglais ou le français. Certaines régions disposeraient ainsi d'une banque d'interprètes vers différentes langues mais très peu ont prévu la mise en place d'un service d'interprétation vers l'anglais, même celles comptant peu d'intervenants ayant une maîtrise de l'anglais. L'exception qui semble confirmer la règle est la région Mauricie et Centre-du-Québec qui prévoit une telle disposition dans sa politique régionale d'accessibilité linguistique de 2007¹⁹. Ailleurs, on miserait généralement uniquement sur la présence dans les établissements de personnel de langue anglaise ou de personnel « bilingue », ou considéré comme tel²⁰.

D'après cette analyse documentaire, les services d'interprètes formels spécialisés dans le domaine médical devraient être favorisés en lieu de toute autre forme d'adaptation linguistique. Un recours aux services d'une banque centralisée d'interprètes accessible à l'ensemble des établissements de santé québécois pourrait constituer une avenue intéressante dans l'optique où elle assurerait la disponibilité du service à l'ensemble du territoire québécois (Bowen, 2001; Lafrenière, 2008). Cette banque pourrait notamment offrir des services d'interprètes à distance, par visioconférence ou par téléphone, pour les usagers ayant des connaissances limitées en français; ceci serait particulièrement utile pour les établissements situés en régions éloignées ou pour les usagers résidant dans des régions où un faible pourcentage de la population est allophone, anglophone ou de langue maternelle autochtone. Parallèlement, si un établissement fait face à de très nombreuses demandes d'interprétation vers l'anglais ou vers d'autres langues, des interprètes formels pourraient être embauchés pour offrir des services sur place.

Tel que les écrits scientifiques le recommandent, une formation d'interprète avec une spécialisation en interprétation médicale devrait être offerte à tous les individus désirant interpréter dans le domaine de la santé afin de garantir la qualité et l'uniformité des services d'interprétation (Bowen, 2001). Actuellement, il ne semble pas exister de programme de formation universitaire spécifique d'interprète au Québec²¹. À Montréal, les individus qui veulent acquérir certaines connaissances dans ce domaine doivent s'inscrire à un cours universitaire sur l'interprétation en milieu social²².

¹⁹ <http://www.agencesss04.qc.ca/images/images/agence/politique%20regionale.pdf>, consulté le 30 août 2012.

²⁰ Il faut souligner que le gouvernement du Québec travaille présentement sur un cadre de référence interministériel pour l'organisation et l'offre de services d'interprétariat.

²¹ À notre connaissance, le seul programme universitaire destiné à l'interprétation dans l'est du Canada est celui de l'Université d'Ottawa, au niveau maîtrise.

²² Il semble que ce cours est rarement au programme faute d'inscriptions.

Parallèlement, une formation sur l'utilisation de services d'interprètes tel que suggéré par Diamond et Jacobs devrait être offerte aux professionnels québécois de la santé et des services sociaux, ceci évidemment dans l'éventualité de l'existence d'un tel service d'interprétation (Diamond et Jacobs, 2009).

3.2 EMBAUCE D'EMPLOYÉS BILINGUES

L'embauche de professionnels de la santé bilingues pourrait s'avérer une option avantageuse dans les régions comptant des bassins importants d'utilisateurs avec une connaissance limitée du français. Cela pourrait être notamment le cas pour l'embauche de professionnels connaissant l'anglais et le français à Montréal où 17 % de la population se déclare de langue maternelle anglaise, en Outaouais (14 %), en Gaspésie-Ile-de-la-Madeleine (9 %), en Montérégie (8 %) ou en Estrie (7,6 %). L'embauche de professionnels parlant à la fois le français et une autre langue que l'anglais pourrait être aussi avantageuse à Montréal et Laval où 32 % et 25 % de la population sont de langue maternelle autre que le français ou l'anglais. Idéalement, il devrait en être de même dans les régions où un important pourcentage de la population est de langue maternelle autochtone. Cependant, tel que le recommandent plusieurs auteurs cités dans cette analyse documentaire, les compétences linguistiques de ces professionnels de la santé devraient être évaluées afin de s'assurer de la qualité de la communication avec les usagers ayant une connaissance limitée du français.

Dans plusieurs établissements de santé et de services sociaux, surtout ceux qui sont désignés²³, des postes peuvent être identifiés comme requérant la connaissance d'une langue autre que le français, notamment l'anglais, et les professionnels appelés à les combler doivent normalement démontrer de très bonnes compétences dans cette autre langue. Cette pratique est cependant balisée par certaines dispositions de la Charte de la langue française.

Il ne semble pas y avoir à notre connaissance de méthodes standards pour évaluer les compétences linguistiques de ces professionnels. L'évaluation du programme régional d'accès aux services en anglais 2007-2010 réalisée pour le compte de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal semble confirmer ce fait (CROP, 2010).

Il faut cependant faire la distinction entre un professionnel appelé à exercer sa profession dans deux langues et un professionnel à qui on demanderait plus ou moins fréquemment de servir d'interprète informel pour des collègues de travail. Idéalement, pour des raisons d'utilisation rationnelle des ressources, ces professionnels ne devraient pas être embauchés afin de servir d'interprète informel pour d'autres professionnels de la santé, encore moins s'ils n'ont pas reçu de formation en interprétation (Bowen, 2001; Drennan, 1996); ils devraient être embauchés uniquement pour offrir eux-mêmes des services dans une autre langue.

²³ Un établissement désigné est un établissement que le gouvernement désigne parmi les établissements **reconnus**. Ils sont tenus de rendre accessibles aux personnes d'expression anglaise leurs services de santé et leurs services sociaux en langue anglaise (Article 508).

Un établissement **reconnu** est un établissement qui fournit ses services à des personnes en majorité d'une langue autre que le français et qui a obtenu de l'Office québécois de la langue française une reconnaissance en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française.

3.3 COURS DE LANGUE SECONDE DESTINÉS AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

L'anglais étant la langue minoritaire la plus fréquemment parlée au Québec, des cours d'anglais destinés aux professionnels de la santé pourraient être considérés dans la mesure où :

- 1- L'établissement qui emploie ces professionnels dessert une masse critique d'usagers de langue maternelle anglaise.
- 2- Les professionnels ayant suivi ces cours utilisent leurs compétences linguistiques en langue seconde sans le recours à un interprète uniquement lorsque leur niveau de compétence linguistique dans la langue seconde aura été évalué et jugé adéquat.

Au Québec, environ 1,6 million \$ étaient investis annuellement pour la formation linguistique en anglais de professionnels de la santé ou des services sociaux francophones (Kishchuk, 2007). Cependant, à notre connaissance, aucune évaluation des compétences linguistiques en anglais n'a été effectuée auprès de ces participants à la fin de leur formation. Ainsi, leur aptitude à pouvoir offrir des soins en anglais ou à servir d'interprète dans le domaine médical ou social demeure incertaine. De plus, ces cours ne semblent pas inclure le développement de compétences en interprétation.

Certaines régions québécoises possèdent une masse critique d'usagers ayant une connaissance limitée du français et parlant une autre langue que l'anglais. C'est le cas notamment des régions du Nunavik et Terres-Crie-Baie-James où 84 % et 92 % de la population parlent une langue autochtone. Les professionnels travaillant sur ces territoires étant majoritairement de langue maternelle française, il pourrait être pertinent en ces circonstances de considérer l'offre de cours de langues autochtones (le cri et l'inuktitut) à ces professionnels, conjointement à l'utilisation d'interprètes et à l'évaluation de leurs compétences en langue autochtone, une fois la formation terminée. Actuellement, à notre connaissance, très peu de cours de langues inuktitut ou crie sont offerts au Québec (Gervais, 2011).

3.4 DOCUMENTS BILINGUES OU TRADUITS

Les lexiques bilingues constituent des outils intéressants pour les professionnels de la santé et de services sociaux qui étudient une langue seconde. Cependant, leur utilisation durant l'offre de services sociaux et de soins de santé aux usagers ayant une connaissance limitée du français demeure limitée (McLaughlin et Rogers, 2006).

Les formulaires bilingues ou traduits de bilan de santé peuvent être utiles aux professionnels de la santé anglophones, aux professionnels bilingues et aux interprètes, dans la mesure où ils optimisent la qualité de l'information communiquée ou reçue d'usagers de langue anglaise. Cependant, selon les résultats de cette analyse documentaire, ils doivent être utilisés avec réserve par les professionnels n'ayant pas les compétences en langue anglaise suffisantes pour offrir des soins dans cette langue. Dans ces circonstances, leur utilisation risque d'entraîner des erreurs de communication ayant des conséquences sur la santé des usagers. L'utilisation de tels formulaires auprès d'usagers allophones ou autochtones peut

également entraîner des problèmes de communication susceptibles de compromettre la qualité des soins.

La traduction de documentation sur la santé pourrait s'avérer efficace dans certains établissements québécois desservant une masse critique d'utilisateurs ayant une connaissance limitée du français pour améliorer la communication d'informations. Cependant, l'établissement devra s'assurer que le niveau moyen d'alphabétisation du groupe ciblé est suffisamment élevé et que la documentation est culturellement adaptée s'il y a lieu.

4 ENJEUX ÉTHIQUES ET ORGANISATIONNELS

Certains aspects éthiques et organisationnels méritent d'être pris en compte par les gestionnaires d'établissements de santé dans leur réflexion sur l'approche à privilégier pour l'adaptation linguistique de leur offre de services et de soins de santé.

Selon Désy, l'équité en matière d'accès aux soins et aux services de santé est un principe qui devrait être mis de l'avant. Ce principe fait référence aux droits des individus ayant des besoins particuliers d'avoir accès à des services particuliers (Désy, 2010). Dans le cas des usagers ayant une connaissance limitée du français, ce principe fait référence à leur droit d'avoir accès à des soins de qualité, ces derniers étant intimement liés à la qualité de la communication dans l'offre de soins. Cependant, l'auteur nous rappelle que ce principe doit être respecté dans la mesure où l'adaptation des services n'implique pas des contraintes excessives pour l'organisation. Un établissement desservant un faible nombre d'usagers ayant une connaissance limitée du français pourrait considérer excessives certaines formes d'adaptation linguistique des services dans l'optique où les coûts associés à leur mise en place représentent un investissement significatif pour une utilisation limitée. Par exemple, certaines régions ayant un faible pourcentage d'usagers anglophones pourraient recourir aux services d'une banque d'interprètes à distance, l'hypothèse étant que cette mesure serait plus économique et assurerait une meilleure qualité de communication dans l'offre de soins. Ainsi, cette mesure ne représenterait pas une contrainte excessive pour l'établissement et respecterait un principe d'équité en matière d'accessibilité à des soins de qualité.

Comment pouvons-nous définir le nombre d'usagers minimum ayant une connaissance limitée du français justifiant la mise en place de mesures représentant des investissements importants tels que les cours de langue seconde pour les professionnels de la santé et l'embauche de personnels bilingues ou d'interprètes par l'établissement? En Californie, un établissement est tenu selon la loi d'offrir des services d'accès linguistique disponible 24 heures et sept jours sur sept pour les groupes linguistiques représentant au moins 5 % de la population desservie par l'établissement (Huang J et collab., 2009). En Finlande, une municipalité est reconnue bilingue si au moins 8 % de sa population parle la langue minoritaire (Santé Canada, 2007)²⁴.

Bowen, quant à elle, propose aux gestionnaires des établissements de santé de considérer la problématique des barrières linguistiques sous l'étiquette de besoins organisationnels. En effet, les barrières linguistiques représentent des risques pour un établissement et l'adaptation des services constitue une démarche nécessaire à la réduction de ces risques. Ces derniers pourront prendre la forme d'erreurs médicales ou de mauvaise gestion des ressources financières et humaines. Ainsi, les gestionnaires de l'établissement de santé devraient choisir la ou les approches les plus susceptibles de diminuer les risques organisationnels que représentent les barrières linguistiques (Bowen, Gibbens, Roy, et Edwards, 2010).

²⁴ Le *Federal Language Act* a de multiples ramifications qui ne portent pas uniquement sur les services de santé. Nous n'utilisons le 8 % qu'à titre indicatif.

Un processus de sensibilisation auprès des intervenants en santé et services sociaux est nécessaire quant à leur responsabilité éthique lorsqu'ils interviennent en langue seconde. Nous mentionnons au début que, selon des données tirées du recensement (Blaser, 2009), 85 % des médecins, 45 % du personnel infirmier et 50 % des psychologues et travailleurs sociaux rapportent pouvoir soutenir une conversation en anglais. De nombreux intervenants peuvent avoir tendance à surestimer leurs compétences en anglais et ceci peut entraîner de nombreuses erreurs. Il faut donc non seulement mesurer les compétences linguistiques réelles mais surtout sensibiliser au fait que ces compétences en langue seconde ne sont peut-être pas suffisantes pour la réussite d'une intervention de qualité. Une étude menée en Suisse auprès des professionnels de la santé fait ressortir l'importance de sensibiliser les intervenants à la problématique des barrières linguistiques. Cette étude a démontré que la seule disponibilité d'un service professionnel d'interprétation n'était pas suffisante pour garantir son utilisation par ces mêmes professionnels. Des efforts supplémentaires doivent être faits pour identifier correctement les besoins d'aide linguistique et en convaincre les professionnels (Bischoff et Hudelson, 2010); ces derniers doivent aussi reconnaître leurs limites dans l'utilisation de la langue seconde.

Nous nous devons de souligner en terminant que les codes d'éthique de tous les intervenants en santé et en services sociaux stipulent qu'ils doivent faire tout en leur pouvoir pour rendre un service de qualité maximale. Ils doivent donc s'assurer que la compréhension mutuelle entre eux et les usagers n'est pas une entrave à la qualité du service. Ceci demande donc de faire le maximum d'efforts pour parler la langue de l'utilisateur mais aussi, et surtout, d'utiliser tous les moyens mis à sa disposition pour assurer cette compréhension mutuelle dans le cas où il n'y a pas parfaite maîtrise de la langue de l'utilisateur. Les gestionnaires doivent de leur côté accepter que les rencontres avec des usagers d'une langue différente de celle de l'intervenant demandent plus de temps et en tenir compte dans l'organisation des services.

CONCLUSION

Notre analyse documentaire permet d'éclairer différentes stratégies d'améliorations de la qualité de prestation de services vers la minorité de langue anglaise au Québec et vers d'autres groupes linguistiques pouvant avoir une connaissance limitée du français. Elle permet aussi de soulever certains enjeux et certains risques dans l'utilisation de ces différentes stratégies.

Bien que certaines mesures d'adaptation de services soient mises en place dans les établissements de santé et de services sociaux, il n'est pas évident que l'offre actuelle réponde aux besoins d'adaptation linguistique. Certaines formes d'adaptation peu utilisées actuellement mériteraient d'être considérées, comme le recours au service d'interprètes à distance pour les usagers anglophones, allophones ou autochtones des régions où ils représentent un faible pourcentage de la population.

En ce qui concerne la population anglophone québécoise, les mesures actuelles semblent reposer principalement sur le recours au personnel bilingue non formé comme interprète, sur les cours de langue seconde pour un certain nombre d'entre eux, sans évaluation connue de leurs compétences linguistiques, et sur l'utilisation de matériel traduit utilisé par des professionnels ne parlant pas nécessairement bien l'anglais. Or, selon les résultats de cette analyse documentaire, le recours aux services d'interprètes formels pour les usagers ayant une connaissance limitée du français comporterait de nombreux avantages, tant sur le plan de l'optimisation de la qualité de la communication et de la qualité des soins que sur les économies que cette mesure pourrait amener. Une analyse coût-bénéfice de l'implantation d'une telle mesure devrait permettre de confirmer cette hypothèse.

Finalement, le développement d'un programme québécois de formation d'interprètes dans les domaines médical et social accessible aux individus désirant devenir interprètes professionnels dans ces domaines leur permettrait d'acquérir les compétences nécessaires pour assurer une communication de qualité entre un professionnel de la santé et des services sociaux et l'utilisateur ayant une connaissance limitée du français. Cette formation devrait être offerte aux individus maîtrisant suffisamment le français et une autre langue, que ce soit l'anglais ou une langue tierce.

RÉFÉRENCES

- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., & Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3 Suppl), 68-79.
- Battaglini, A., Alvarado, E., Poirier, L.-R., & Caulet, M. (2005, février). Les services de première ligne et les populations immigrantes. Projet pilote : synthèse. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.
- Bauer, A. M., & Alegría, M. (2010). Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: a systematic review. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 61(8), 765-773. doi:10.1176/appi.ps.61.8.765.
- Beach, M. L., Flood, A. B., Robinson, C. M., Cassells, A. N., Tobin, J. N., Greene, M. A., & Dietrich, A. J. (2007). Can language-concordant prevention care managers improve cancer screening rates? *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 16(10), 2058-2064. doi:10.1158/1055-9965.EPI-07-0373.
- Bender, D. E., & Harlan, C. (2005). Increasing Latino access to quality health care: Spanish language training for health professionals. *Journal of Public Health Management and Practice: JPHMP*, 11(1), 46-49.
- Bereknyei, S., Nevins, A., Schillinger, E., Garcia, R. D., Elizabeth Stuart, A., & Braddock, C. H., 3rd. (2010). Beyond knowledge, toward linguistic competency: an experiential curriculum. *Journal of General Internal Medicine*, 25 Suppl 2, S155-159. doi:10.1007/s11606-010-1271-7.
- Bernèche, F., & Traoré, I. (2007). *Y a-t-il des liens entre la littératie et la santé? Ce que montrent les résultats québécois de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003*. Zoom santé. Santé et bien-être. Institut de la statistique du Québec. Consulté de http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2007/zoom_sante_litteratie_nov07.pdf
- Bischoff, A., & Hudelson, P. (2010). Communicating with foreign language-speaking patients: is access to professional interpreters enough? *Journal of travel medicine*, 17(1), 15-20. doi:10.1111/j.1708-8305.2009.00314.x.
- Bishop, V. (2008). Why Learn a Language? The Potential of Additional Language Tuition for Linguistic Identity Awareness and Anti-Discriminatory Practice within British Social Work Education. *Social Work Education*, 27(8), 913-924. doi:10.1080/02615470701844357.
- Blaser, C. (2009). *Professionnels de la santé et minorité de langue officielle au Canada. 2001 et 2006* (No. 91-550-x) (p. 60). Statistique Canada.
- Bloom, M., Timmerman, G. M., & Sands, D. (2006). Developing a course to teach Spanish for health care professionals. *The Journal of Nursing Education*, 45(7), 271-274.
- Bowen, S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé* (No. H39-578/2001F) (p. 141 p.). Santé Canada. Consulté de http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces-fra.pdf

Bowen, S. (2004, septembre). Language barriers within the winnipeg regional health authority. Evidence and implications. Winnipeg Regional Health Authority.

Bowen, S. (2005). *Development of a coordinator response to addressing language barriers within the WRHA. Final report* (p. 47 p.). Office régional de la santé de Winnipeg.

Bowen, S., Gibbens, M., Roy, J., & Edwards, J. (2010). From "Multicultural health" to "knowledge translation"-rethinking strategies to promote language access within a risk management framework, 14.

CA Health & Safety Code § 1259.

Cardoso, R., & Faleiros Sousa, F. A. E. (2009). Identification and validation of Brazilian chronic pain descriptors. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 10(2), 85-93.e3. doi:10.1016/j.pmn.2008.07.004.

CROP. (2010). Évaluation du Programme régional d'accès aux services en anglais 2007-2010. Rapport d'analyse. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Crossman, K. L., Wiener, E., Roosevelt, G., Bajaj, L., & Hampers, L. C. (2010). Interpreters: telephonic, in-person interpretation and bilingual providers. *Pediatrics*, 125(3), e631-638. doi:10.1542/peds.2009-0769.

Désy, M. (2010). Qu'est ce que l'Accessibilité culturelle et linguistique des services? Proposition de réponse. *Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique* (p. 306). Éditions Saint-Martin.

Diamond, L. C., & Jacobs, E. A. (2009). Let's not contribute to disparities: the best methods for teaching clinicians how to overcome language barriers to health care. *Journal of General Internal Medicine*, 25 Suppl 2, S189-193. doi:10.1007/s11606-009-1201-8.

Drennan, G. (1996). Counting the cost of language services in psychiatry. *South African Medical Journal = Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Geneeskunde*, 86(4), 343-345.

Elderkin-Thompson, V., Silver, R. C., & Waitzkin, H. (2001). When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social Science & Medicine* (1982), 52(9), 1343-1358.

Flores, G., Laws, M. B., Mayo, S. J., Zuckerman, B., Abreu, M., Medina, L., & Hardt, E. J. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*, 111(1), 6-14.

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.

Garcia Laborda, J. (2009). Using Internet-based language testing capacity to the private sector. *CALL-EJ Online*, 11(1), 7.

Gervais, L.-M. (2011, octobre 8). « On parle du Plan Nord, mais les Inuits? » | Le Devoir. Consulté mars 1, 2012, de <http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/333262/on-parle-du-plan-nord-mais-les-inuits>

Hampers, L. C., & McNulty, J. E. (2002). Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department: effect on resource utilization. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(11), 1108-1113.

Han, A., Laranjo, H., & Friedman, S. M. (2009). The design and pilot of a translation aid to help ED clinicians enhance communication with the Portuguese-speaking patient. *International Journal of Emergency Medicine*, 2(1), 41-46. doi:10.1007/s12245-008-0081-8.

Huang J, Ramos C, Jones, K, & Regenstein M. (2009). Talking with patients. How hospitals use bilingual clinicians and staff to care for patients with language needs. The George Washington university. School of public health and health services. The department of health policy.

Isaacs, T., D. Laurier, M., Turner, C. E., & Segalowitz, N. (2011). Identifying Second Language Speech Tasks and Ability Levels for Successful Nurse Oral Interaction with Patients in a Linguistic Minority Setting: An Instrument Development Project. *Health Communication*, 26, 560-570.

Jacobs, E. A., Lauderdale, D. S., Meltzer, D., Shorey, J. M., Levinson, W., & Thisted, R. A. (2001). Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-English-proficient patients. *Journal of General Internal Medicine*, 16(7), 468-474.

Jones, D., & Gill, P. (1998). Breaking down language barriers. *BMJ : British Medical Journal*, 316(7143), 1476-1480.

Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H., & Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research*, 42(2), 727-754. doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x.

Karliner, L. S., Pérez-Stable, E. J., & Gildengorin, G. (2004). The language divide. The importance of training in the use of interpreters for outpatient practice. *Journal of General Internal Medicine*, 19(2), 175-183.

Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 420-430.

Kishchuk, N. (2007). *Review of secondary data within the context of evaluation of McGill university's training and human resources development project.*

L.R.Q., chapitre S-4.2.

Lafrenière, K. (2008). Banque d'interprètes au Québec. Étude comparative. Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec/Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles.

- Larizza, M. A., Wilson, R., & Dooley, M. J. (2009). Individualised Foreign language Medication lists for non-english speaking hospital patients. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 39(4), 277-280.
- Lear, D. W. (2005). Spanish for Working Medical Professionals: Linguistic Needs. *Foreign Language Annals*, 38(2), 223-235.
- Locatis, C., Williamson, D., Gould-Kabler, C., Zone-Smith, L., Detzler, I., Roberson, J., Maisiak, R., et al. (2010). Comparing in-person, video, and telephonic medical interpretation. *Journal of General Internal Medicine*, 25(4), 345-350. doi:10.1007/s11606-009-1236-x.
- Masland, M. C., Lou, C., & Snowden, L. (2010). Use of communication technologies to cost-effectively increase the availability of interpretation services in healthcare settings. *Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 16(6), 739-745. doi:10.1089/tmj.2009.0186.
- Mazor, S. S., Hampers, L. C., Chande, V. T., & Krug, S. E. (2002). Teaching Spanish to pediatric emergency physicians: effects on patient satisfaction. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(7), 693-695.
- McLaughlin, S., & Rogers, J. (2006). *Constatation et recommandations du comité d'évaluation lexicale* (p. 49 p.). Montréal: Université McGill. Consulté de <http://www.mcgill.ca/hssaccess/fr/trainers/resourcesteachers>
- Moreno, M. R., Otero-Sabogal, R., & Newman, J. (2007). Assessing dual-role staff-interpreter linguistic competency in an integrated healthcare system. *Journal of General Internal Medicine*, 22 Suppl 2, 331-335. doi:10.1007/s11606-007-0344-8.
- Musser-Granski, J., & Carrillo, D. F. (1997). The use of bilingual, bicultural paraprofessionals in mental health services: issues for hiring, training, and supervision. *Community Mental Health Journal*, 33(1), 51-60.
- Office québécois de la langue française. (1985). lexique. *Le grand dictionnaire terminologique*. Consulté mars 19, 2012, de http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index800_1.asp
- Office québécois de la langue française. (2004). Formulaire. *Le grand dictionnaire terminologique*. Consulté mars 19, 2012, de http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index800_1.asp
- Price, E. L., Pérez-Stable, E. J., Nickleach, D., López, M., & Karliner, L. S. (2011). Interpreter perspectives of in-person, telephonic, and videoconferencing medical interpretation in clinical encounters. *Patient Education and Counseling*. doi:10.1016/j.pec.2011.08.006.
- Prince, D., & Nelson, M. (1995a). Teaching Spanish to emergency medicine residents. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 2(1), 32-36; discussion 36-37.
- Prince, D., & Nelson, M. (1995b). Teaching Spanish to emergency medicine residents. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 2(1), 32-36; discussion 36-37.

Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *Vision d'une culture de la santé au Canada Rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé*. Association canadienne de santé publique. Consulté de http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/report_f.pdf

Rosenthal, A., Wang, F., Schillinger, D., Pérez Stable, E. J., & Fernandez, A. (2011). Accuracy of physician self-report of Spanish language proficiency. *Journal of Immigrant and Minority Health/Center for Minority Public Health*, 13(2), 239-243. doi:10.1007/s10903-010-9320-1.

Santé Canada. (2007, novembre). Comparaisons internationales : Un aperçu de l'Accès aux soins de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire au Canada, en Espagne, en Belgique et en Finlande. Gouvernement du Canada.

Schenker, Y., Lo, B., Ettinger, K. M., & Fernandez, A. (2008). Navigating language barriers under difficult circumstances. *Annals of Internal Medicine*, 149(4), 264-269.

Segalowitz, N. (2010). *Cognitive Bases of Second Language Fluency*. Taylor & Francis.

Snowden, L. R., Masland, M. C., Peng, C. J., Wei-Mien Lou, C., & Wallace, N. T. (2010). Limited English proficient Asian Americans: Threshold language policy and access to mental health treatment. *Social Science & Medicine* (1982), 72(2), 230-237. doi:10.1016/j.socscimed.2010.10.027.

Statistique Canada. (2010). *Dictionnaire du recensement de 2006* (No. 92-566-X). Ottawa. Consulté de <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/ref/dict/pdf/92-566-fra.pdf>

Trempe, N., & Lussier, M.-H. (2011). *La connaissance et l'utilisation de la langue anglaise par les professionnels de la santé et des services sociaux au Québec* (No. 1331) (p. 12 pages + annexes). Institut national de santé publique du Québec. Consulté de http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1331_ConnUtiliAnglaisProfSSSQc.pdf

Tuffnell, D. J., Nuttall, K., Raistrick, J., & Jackson, T. L. (1994). Use of translated written material to communicate with non-English speaking patients. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 309(6960), 992.

Verdinelli, S., & Biever, J. L. (2009). Spanish-English bilingual psychotherapists: personal and professional language development and use. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 15(3), 230-242. doi:10.1037/a0015111.

Vissandjée, B., Ntetu, A., Courville, F., Breton, É. R., & Bourdeau, M. (1998). L'interprète en milieu clinique interculturel, 36-42.

Yeo, S. (2004). Language barriers and access to care. *Annual Review of Nursing Research*, 22, 59-73.

ANNEXE 1

STRATÉGIE ET RECHERCHE DOCUMENTAIRE

BASES DE DONNÉES BIBLIOGRAPHIQUES

Pub Med

Recherche effectuée le 13 décembre 2011

Requête 1 :

(("second language" OR "foreign language" OR multilingual OR multilinguism OR bilingual OR bilinguism) AND ("education".SH OR "education, public health professional".SH OR "inservice training".SH OR "staff development".SH OR "teaching".SH OR class OR classes OR course OR courses OR development OR "educational activity" OR "educational activities" OR learn OR learning OR pedagogy OR pedagogies OR training OR teach OR teaching OR training OR workshop OR workshops))

AND

("Health Personnel".SH OR "Allied health personnel".SH OR "Allied health personnel" OR "Allied health staff" OR "community health aides".SH OR "community health aide" OR "community health aides" OR "dental auxiliaries".SH OR "dental auxiliary" OR "dental auxiliaries" OR "dental assistants".SH OR "dental assistant" OR "dental assistants" OR "dental hygienists".SH OR "dental hygienist" OR "dental hygienists" OR "dental technicians".SH OR "dental technician" OR "dental technicians" OR "denturists".SH OR denturist OR denturists OR "emergency medical technicians".SH OR "emergency medical technician" OR "emergency medical technicians" OR "Employee of health institutions and programs".SH OR "Employees of health institutions and programs" OR "Field worker" OR "Field workers" OR "Health auxiliary" OR "Health auxiliaries" OR "Health care personnel" OR "Health care practitioner" OR "Health care practitioners" OR "Health care professional" OR "Health care professionals" OR "Health care provider" OR "Health care providers" OR "Health care worker" OR "Health care workers" OR "Health personnel" OR "Health professional personnel" OR "health staff" OR "health staffs" OR "health worker" OR "health workers" OR "Healthcare personnel" OR "Healthcare practitioner" OR "Healthcare practitioners" OR "Healthcare professional" OR "Healthcare professionals" OR "Healthcare provider" OR "Healthcare providers" OR "Healthcare worker" OR "Healthcare workers" OR "Home health aide" OR "Home health aides" OR "Hospital medical staff" OR "Hospital medical staffs" OR "Hospital personnel" OR "Hospital staff" OR "Hospital staffs" OR Hospitalist OR Hospitalists OR "Medical personnel" OR "medical staff".SH OR "medical staff, hospital".SH "Medical staff" OR "Medical staffs" OR "nurses' aides".SH OR "nurses' aide" OR "nurses' aides" OR "nursing staff".SH OR "nursing staff, hospital".SH OR "Nursing home personnel" OR "Nursing home staff" OR "Nursing home staffs" OR Paramedic OR Paramedics OR "Paramedical personnel" OR "Paramedical staff" OR "Paramedical staffs" OR Physician OR Physicians OR Practitioner OR Practitioners OR "Professional health personnel" OR "psychiatric aides".SH OR "psychiatric aide" OR "psychiatric aides" OR "Public health officer" OR "Public health officers" OR "operating room technicians".SH OR "operating room technician" OR "operating room technicians" OR "pharmacists' aides".SH OR "pharmacists' aide" OR "pharmacists' aides" OR "physician assistants".SH OR "physician assistant" OR "physician assistants" OR "ophthalmic assistants".SH OR "ophthalmic assistant" OR "ophthalmic assistants" OR "pediatric assistants".SH OR "pediatric assistant" OR "pediatric assistants" OR anatomist OR anatomists OR caregiver OR caregivers OR

"dental staff".SH OR "dental staff" OR "dental staffs" OR "dental staff, hospital".SH OR "dentists".SH OR dentist OR dentists OR "dentists, women".SH OR "health educators".SH OR "health educator" OR "health educators" OR "infection control practitioners".SH OR "infection control practitioner" OR "infection control practitioners" OR "nurses".SH OR nurse OR nurses OR "nurse clinicians".SH OR "nurse midwives".SH OR "nurse practitioners".SH OR "nurses, male".SH OR "personnel, hospital".SH OR "dental staff, hospital".SH OR "pharmacists".SH OR pharmacist OR pharmacists OR "physicians".SH OR physician OR physicians OR "general practitioners".SH OR "general practitioner" OR "general practitioners" OR "occupational health physicians".SH OR "occupational health physician" OR "occupational health physicians" OR "osteopathic physicians".SH OR "osteopathic physician" OR "osteopathic physicians" OR "physicians, family".SH OR "physicians, primary care".SH OR "physicians, women".SH OR "health manpower".SH OR "medical secretaries".SH OR "medical secretary" OR "medical secretaries" OR "medical receptionists".SH OR "medical receptionist" OR "medical receptionists" OR "dental faculty" OR "Faculty, Dental".SH OR "medical faculty" OR "Faculty, Medical".SH OR "Nursing Faculty" OR "Faculty, Nursing" .SH OR "Health Facility Administrators" OR "Health Facility Administrators".SH OR «hospital chief executive officers" OR «hospital chief executive officers".SH OR "Nurse Administrators" OR "Nurse Administrators.SH" OR "hospital auxiliaries" OR "hospital auxiliaries".SH OR "hospitalists" OR "hospitalists".SH OR "Hospital Nursing Staff " OR "Hospital Nursing Staff".SH OR "Physician Executives" OR "Physician Executives".SH)

Requête 2 :

((Bilingual OR "foreign-language" OR "second language")

AND

("Health Personnel".SH OR "Allied health personnel".SH OR "Allied health personnel" OR "Allied health staff" OR "community health aides".SH OR "community health aide" OR "community health aides" OR "dental auxiliaries".SH OR "dental auxiliary" OR "dental auxiliaries" OR "dental assistants".SH OR "dental assistant" OR "dental assistants" OR "dental hygienists".SH OR "dental hygienist" OR "dental hygienists" OR "dental technicians".SH OR "dental technician" OR "dental technicians" OR "denturists".SH OR denturist OR denturists OR "emergency medical technicians".SH OR "emergency medical technician" OR "emergency medical technicians" OR "Employee of health institutions and programs".SH OR "Employees of health institutions and programs" OR "Field worker" OR "Field workers" OR "Health auxiliary" OR "Health auxiliaries" OR "Health care personnel" OR "Health care practitioner" OR "Health care practitioners" OR "Health care professional" OR "Health care professionals" OR "Health care provider" OR "Health care providers" OR "Health care worker" OR "Health care workers" OR "Health personnel" OR "Health professional personnel" OR "health staff" OR "health staffs" OR "health worker" OR "health workers" OR "Healthcare personnel" OR "Healthcare practitioner" OR "Healthcare practitioners" OR "Healthcare professional" OR "Healthcare professionals" OR "Healthcare provider" OR "Healthcare providers" OR "Healthcare worker" OR "Healthcare workers" OR "Home health aide" OR "Home health aides" OR "Hospital medical staff" OR "Hospital medical staffs" OR "Hospital personnel" OR "Hospital staff" OR "Hospital staffs" OR Hospitalist OR Hospitalists OR "Medical personnel" OR "medical staff".SH OR "medical staff,

hospital".SH "Medical staff" OR "Medical staffs" OR "nurses' aides".SH OR "nurses' aide" OR "nurses' aides" OR "nursing staff".SH OR "nursing staff, hospital".SH OR "Nursing home personnel" OR "Nursing home staff" OR "Nursing home staffs" OR Paramedic OR Paramedics OR "Paramedical personnel" OR "Paramedical staff" OR "Paramedical staffs" OR Physician OR Physicians OR Practitioner OR Practitioners OR "Professional health personnel" OR "psychiatric aides".SH OR "psychiatric aide" OR "psychiatric aides" OR "Public health officer" OR "Public health officers" OR "operating room technicians".SH OR "operating room technician" OR "operating room technicians" OR "pharmacists' aides".SH OR "pharmacists' aide" OR "pharmacists' aides" OR "physician assistants".SH OR "physician assistant" OR "physician assistants" OR "ophthalmic assistants".SH OR "ophthalmic assistant" OR "ophthalmic assistants" OR "pediatric assistants".SH OR "pediatric assistant" OR "pediatric assistants" OR anatomist OR anatomists OR caregiver OR caregivers OR "dental staff".SH OR "dental staff" OR "dental staffs" OR "dental staff, hospital".SH OR "dentists".SH OR dentist OR dentists OR "dentists, women".SH OR "health educators".SH OR "health educator" OR "health educators" OR "infection control practitioners".SH OR "infection control practitioner" OR "infection control practitioners" OR "nurses".SH OR nurse OR nurses OR "nurse clinicians".SH OR "nurse midwives".SH OR "nurse practitioners".SH OR "nurses, male".SH OR "personnel, hospital".SH OR "dental staff, hospital".SH OR "pharmacists".SH OR pharmacist OR pharmacists OR "physicians".SH OR physician OR physicians OR "general practitioners".SH OR "general practitioner" OR "general practitioners" OR "occupational health physicians".SH OR "occupational health physician" OR "occupational health physicians" OR "osteopathic physicians".SH OR "osteopathic physician" OR "osteopathic physicians" OR "physicians, family".SH OR "physicians, primary care".SH OR "physicians, women".SH OR "health manpower".SH))

AND

(hire OR hiring OR "personnel selection" OR recruitment OR "personnel selection".SH)

AND

(evaluation OR "Health Care Quality, Access, and Evaluation".SH OR "Program Evaluation".SH OR "Self-Evaluation Programs".SH OR "Health Care Evaluation Mechanisms".SH OR "Evaluation Studies" [Publication Type] OR "Nursing Evaluation Research".SH OR "Evaluation Studies as Topic".SH)

Requête 3 :

((bilingual OR bilinguism OR "foreign-language" OR multilingual OR multilinguism OR "second language") AND ("Dictionary"[PT] OR "Phrases"[PT] OR "Terminology"[PT] OR dictionary OR dictionaries OR glossary OR glossaries OR lexicography OR lexicographies OR lexicology OR lexicologies OR lexicon OR lexicons OR terminology OR terminologies OR vocabulary OR vocabularies OR word OR words))

AND

(health OR healthcare OR "health care" OR medical OR hospital)

AND

("Evaluation Studies as Topic".SH OR "Evaluation studies"[PT] OR "Nursing Evaluation Research".SH OR "Health Care Evaluation Mechanisms".SH OR "Self-Evaluation

Programs".SH OR "Program Evaluation".SH OR "Health Care Quality, Access, and Evaluation".SH OR Evaluation OR Study OR studies OR Analysis)

OvidSP

Recherche effectuée le 14 décembre 2011

Requête 1 :

(("second language" OR "foreign language" OR multilingual OR multilinguism OR bilingual OR bilinguism) AND ("education".SH OR "education, public health professional".SH OR "inservice training".SH OR "staff development".SH OR "teaching".SH OR class OR classes OR course OR courses OR development OR "educational activity" OR "educational activities" OR learn OR learning OR pedagogy OR pedagogies OR training OR teach OR teaching OR training OR workshop OR workshops))

AND

("Health Personnel" OR "Allied health personnel" OR "community health aides" OR "dental auxiliaries" OR "dental assistants" OR "dental hygienists" OR "dental technicians" OR "denturists" OR "emergency medical technicians" OR "Employee of health institutions and programs" OR "medical staff" OR "operating room technicians" OR "pharmacists' aides" OR "physician assistants" OR "ophthalmic assistants" OR "pediatric assistants" OR "dental staff" OR "dentists, women" OR "dental staff, hospital" OR "health educators" OR "dentists" OR "infection control practitioners" OR "nurses" OR "nurse clinicians" OR "nurse midwives" OR "nurse practitioners" OR "nurses, male" OR "personnel, hospital" OR "dental staff, hospital" OR "pharmacists" OR "general practitioners" OR "physicians" OR "occupational health physicians" OR "osteopathic physicians" OR "physicians, family" OR "physicians, primary care" OR "physicians, women" OR "health manpower" OR "medical secretaries" OR "medical receptionists" OR "Faculty, Dental" OR "Faculty, Medical" OR "Faculty, Nursing" OR "Health Facility Administrators" OR "hospitalists" OR "hospital chief executive officers" OR "hospital auxiliaries" OR "Physician Executives" OR "Hospital Nursing Staff").sh

("Allied health personnel" OR "Allied health staff" OR "community health aide" OR "community health aides" OR "dental auxiliary" OR "dental auxiliaries" OR "dental assistant" OR "dental assistants" OR "dental hygienist" OR "dental hygienists" OR "dental technician" OR "dental technicians" OR denturist OR denturists OR "emergency medical technician" OR "emergency medical technicians" OR "Employees of health institutions and programs" OR "Field worker" OR "Field workers" OR "Health auxiliary" OR "Health auxiliaries" OR "Health care personnel" OR "Health care practitioner" OR "Health care practitioners" OR "Health care professional" OR "Health care professionals" OR "Health care provider" OR "Health care providers" OR "Health care worker" OR "Health care workers" OR "Health personnel" OR "Health professional personnel" OR "health staff" OR "health staffs" OR "health worker" OR "health workers" OR "Healthcare personnel" OR "Healthcare practitioner" OR "Healthcare practitioners" OR "Healthcare professional" OR "Healthcare professionals" OR "Healthcare provider" OR "Healthcare providers" OR "Healthcare worker" OR "Healthcare workers" OR "Home health aide" OR "Home health aides" OR "Hospital medical staff" OR "Hospital medical staffs" OR "Hospital personnel" OR "Hospital staff" OR "Hospital staffs" OR Hospitalist OR Hospitalists OR "Medical personnel" OR "Medical staff" OR "nurses' aide" OR

"nurses' aides" OR "Nursing home personnel" OR "Nursing home staff" OR "Nursing home staffs" OR Paramedic OR Paramedics OR "Paramedical personnel" OR "Paramedical staff" OR "Paramedical staffs" OR Physician OR Physicians OR Practitioner OR Practitioners OR "Professional health personnel" OR "psychiatric aide" OR "psychiatric aides" OR "Public health officer" OR "Public health officers" OR "operating room technician" OR "operating room technicians" OR "pharmacists' aide" OR "pharmacists' aides" OR "physician assistant" OR "physician assistants" OR "ophthalmic assistant" OR "ophthalmic assistants" OR "pediatric assistant" OR "pediatric assistants" OR anatomist OR anatomists OR caregiver OR caregivers OR "dental staff" OR "dental staffs" OR dentist OR dentists OR "health educator" OR "health educators" OR "infection control practitioner" OR "infection control practitioners" OR nurse OR nurses OR pharmacist OR pharmacists OR physician OR physicians OR "general practitioner" OR "general practitioners" OR "occupational health physician" OR "occupational health physicians" OR "osteopathic physician" OR "osteopathic physicians" OR "medical secretary" OR "medical secretaries" OR "medical receptionist" OR "medical receptionists" OR "dental faculty" OR "medical faculty" OR "Nursing Faculty" OR "Health Facility Administrators" OR "hospital chief executive officers" OR "Nurse Administrators" OR "Nurse Administrators.SH" OR "hospital auxiliaries" OR "hospitalists" OR "Hospital Nursing Staff" OR "Physician Executives").ti

AND

("Evaluation Studies as Topic".sh OR "Evaluation studies".PT OR "Nursing Evaluation Research".sh OR "Health Care Evaluation Mechanisms".sh OR "Self-Evaluation Programs".sh OR "Program Evaluation".sh OR "Health Care Quality, Access, and Evaluation".sh OR Evaluation OR Study OR studies OR Analysis)

Recherche effectuée le 15 décembre 2011

Requête 1 :

((course* and language* and (health* OR medical OR (health adj3 care))) adj3 (personnel OR physicien* OR staff OR worker* OR practitioner* OR provider*)).ab,ti.

Requête 2 :

Dictionar* OR Glossar* OR Lexicograph* OR Lexicolog* OR Lexicon* OR Terminolog* OR Vocabular* OR Word*).ab,ti.

AND

(bilingu* OR "Foreign language" OR multilingu* OR "Second language").ab,ti.

AND

("Allied health personnel" OR "Allied health staff" OR "community health aide" OR "community health aides" OR "dental auxiliary" OR "dental auxiliaries" OR "dental assistant" OR "dental assistants" OR "dental hygienist" OR "dental hygienists" OR "dental technician" OR "dental technicians" OR denturist OR denturists OR "emergency medical technician" OR "emergency medical technicians" OR "Employees of health institutions and programs" OR "Field worker" OR "Field workers" OR "Health auxiliary" OR "Health auxiliaries" OR "Health care personnel" OR "Health care practitioner" OR "Health care practitioners" OR "Health care professional" OR "Health care professionals" OR "Health care provider" OR "Health care

providers" OR "Health care worker" OR "Health care workers" OR "Health personnel" OR "Health professional personnel" OR "health staff" OR "health staffs" OR "health worker" OR "health workers" OR "Healthcare personnel" OR "Healthcare practitioner" OR "Healthcare practitioners" OR "Healthcare professional" OR "Healthcare professionals" OR "Healthcare provider" OR "Healthcare providers" OR "Healthcare worker" OR "Healthcare workers" OR "Home health aide" OR "Home health aides" OR "Hospital medical staff" OR "Hospital medical staffs" OR "Hospital personnel" OR "Hospital staff" OR "Hospital staffs" OR Hospitalist OR Hospitalists OR "Medical personnel" OR "Medical staff" OR "nurses' aide" OR "nurses' aides" OR "Nursing home personnel" OR "Nursing home staff" OR "Nursing home staffs" OR Paramedic OR Paramedics OR "Paramedical personnel" OR "Paramedical staff" OR "Paramedical staffs" OR Physician OR Physicians OR Practitioner OR Practitioners OR "Professional health personnel" OR "psychiatric aide" OR "psychiatric aides" OR "Public health officer" OR "Public health officers" OR "operating room technician" OR "operating room technicians" OR "pharmacists' aide" OR "pharmacists' aides" OR "physician assistant" OR "physician assistants" OR "ophthalmic assistant" OR "ophthalmic assistants" OR "pediatric assistant" OR "pediatric assistants" OR anatomist OR anatomists OR caregiver OR caregivers OR "dental staff" OR "dental staffs" OR dentist OR dentists OR "health educator" OR "health educators" OR "infection control practitioner" OR "infection control practitioners" OR "nurse" OR nurses OR pharmacist OR pharmacists OR physician OR physicians OR "general practitioner" OR "general practitioners" OR "occupational health physician" OR "occupational health physicians" OR "osteopathic physician" OR "osteopathic physicians" OR "medical secretary" OR "medical secretaries" OR "medical receptionist" OR "medical receptionists" OR "dental faculty" OR "medical faculty" OR "Nursing Faculty" OR "Health Facility Administrators" OR "hospital chief executive officers" OR "Nurse Administrators" OR "Nurse Administrators.SH" OR "hospital auxiliaries" OR "hospitalists" OR "Hospital Nursing Staff" OR "Physician Executives").ti.

Recherche effectuée le 22 décembre 2011

Requête 1 :

((health OR "health personnel" OR "health practitioner" OR "health practitioners" OR practitioners. (1 résultat)

Embase

Recherche effectuée le 15 décembre 2011

Requête 1 :

limit 3 to yr="2000 –

(language OR "second language" OR "foreign language" OR multilingu OR bilingu*) and (course* OR class* OR learn* OR train* OR teach*).mp. and ("health personnel" OR "health staff" OR practitioner* OR "health care provider*" OR "healthcare provider*")*

(LEP OR "limited english proficiency" OR "limited ADJ proficiency") and (course OR class* OR learn* OR train* OR teach*) and ("health personnel" OR "health staff" OR practitioner* OR "health care provider*" OR "healthcare provider*")*

(LEP OR "limited english proficiency" OR "limited ADJ proficiency" language OR "second language" OR "foreign language" OR multilingu OR bilingu*) and (course* OR class* OR*

learn OR train* OR teach*) and ("health personnel" OR "health staff" OR practitioner* OR "health care provider*" OR "healthcare provider*")*

EBSCOhost

Recherche effectuée le 22 décembre 2011

Requête 1 :

(bilingu OR "foreign language" OR multilingu* OR "second language") AND AB (class* OR course* OR educati* OR Educational activit* OR Educational technic* OR Educational technique* OR Employee cross-training OR Human resources development OR learn* OR pedagog* OR teach* OR Teaching method* OR train* OR Training activit* OR Training program* OR Training technic*) AND AB ("Allied health personnel" OR "Allied health staff" OR "community health aide" OR "community health aides" OR "dental auxiliary" OR "dental auxiliaries" OR "dental assistant" OR "dental assistants" OR "dental hygienist" OR "dental hygienists" OR "dental technician" OR "dental technicians" OR denturist OR denturists OR "emergency medical technician" OR "emergency medical technicians" OR "Employees of health institutions and programs" OR "Field worker" OR "Field workers" OR "Health auxiliary" OR "Health auxiliaries" OR "Health care personnel" OR "Health care practitioner" OR "Health care practitioners" OR "Health care professional" OR "Health care professionals" OR "Health care provider" OR "Health care providers" OR "Health care worker" OR "Health care workers" OR "Health personnel" OR "Health professional personnel" OR "health staff" OR "health staffs" OR "health worker" OR "health workers" OR "Healthcare personnel" OR "Healthcare practitioner" OR "Healthcare practitioners" OR "Healthcare professional" OR "Healthcare professionals" OR "Healthcare provider" OR "Healthcare providers" OR "Healthcare worker" OR "Healthcare workers" OR "Home health aide" OR "Home health aides" OR "Hospital medical staff" OR "Hospital medical staffs" OR "Hospital personnel" OR "Hospital staff" OR "Hospital staffs" OR Hospitalist OR Hospitalists OR "Medical personnel" OR "Medical staff" OR "nurses' aide" OR "nurses' aides" OR "Nursing home personnel" OR "Nursing home staff" OR "Nursing home staffs" OR Paramedic OR Paramedics OR "Paramedical personnel" OR "Paramedical staff" OR "Paramedical staffs" OR Physician OR Physicians OR Practitioner OR Practitioners OR "Professional health personnel" OR "psychiatric aide" OR "psychiatric aides" OR "Public health officer" OR "Public health officers" OR "operating room technician" OR "operating room technicians" OR "pharmacists' aide" OR "pharmacists' aides" OR "physician assistant" OR "physician assistants" OR "ophthalmic assistant" OR "ophthalmic assistants" OR "pediatric assistant" OR "pediatric assistants" OR anatomist OR anatomists OR caregiver OR caregivers OR "dental staff" OR "dental staffs" OR dentist OR dentists OR "health educator" OR "health educators" OR "infection control practitioner" OR "infection control practitioners" nurse OR nurses OR pharmacist OR pharmacists OR physician OR physicians OR "general practitioner" OR "general practitioners" OR "occupational health physician" OR "occupational health physicians" OR "osteopathic physician" OR "osteopathic physicians" OR "medical secretary" OR "medical secretaries" OR "medical receptionist" OR "medical receptionists" OR "dental faculty" OR "medical faculty" OR "Nursing Faculty" OR "Health Facility Administrators" OR "hospital chief executive officers" OR "Nurse Administrators" OR "Nurse Administrators.SH"*

OR "hospital auxiliaries" OR "hospitalists" OR "Hospital Nursing Staff" OR "Physician Executives").

Requête 2 :

(*bilingu** OR "foreign language" OR *multilingu** OR "second language") AND AB (*class** OR *course** OR *educati** OR *Educational activit** OR *Educational technic** OR *Educational technique** OR *Employee cross-training* OR *Human resources development* OR *learn** OR *pedagog** OR *teach** OR *Teaching method** OR *train** OR *Training activit** OR *Training program** OR *Training technic**) AND AB ("Allied health personnel" OR "Allied health staff" OR "community health aide" OR "community health aides" OR "dental auxiliary" OR "dental auxiliaries" OR "dental assistant" OR "dental assistants" OR "dental hygienist" OR "dental hygienists" OR "dental technician" OR "dental technicians" OR *denturist* OR *denturists* OR "emergency medical technician" OR "emergency medical technicians" OR "Employees of health institutions and programs" OR "Field worker" OR "Field workers" OR "Health auxiliary" OR "Health auxiliaries" OR "Health care personnel" OR "Health care practitioner" OR "Health care practitioners" OR "Health care professional" OR "Health care professionals" OR "Health care provider" OR "Health care providers" OR "Health care worker" OR "Health care workers" OR "Health personnel" OR "Health professional personnel" OR "health staff" OR "health staffs" OR "health worker" OR "health workers" OR "Healthcare personnel" OR "Healthcare practitioner" OR "Healthcare practitioners" OR "Healthcare professional" OR "Healthcare professionals" OR "Healthcare provider" OR "Healthcare providers" OR "Healthcare worker" OR "Healthcare workers" OR "Home health aide" OR "Home health aides" OR "Hospital medical staff" OR "Hospital medical staffs" OR "Hospital personnel" OR "Hospital staff" OR "Hospital staffs" OR *Hospitalist* OR *Hospitalists* OR "Medical personnel" OR "Medical staff" OR "nurses' aide" OR "nurses' aides" OR "Nursing home personnel" OR "Nursing home staff" OR "Nursing home staffs" OR *Paramedic* OR *Paramedics* OR "Paramedical personnel" OR "Paramedical staff" OR "Paramedical staffs" OR *Physician* OR *Physicians* OR *Practitioner* OR *Practitioners* OR "Professional health personnel" OR "psychiatric aide" OR "psychiatric aides" OR "Public health officer" OR "Public health officers" OR "operating room technician" OR "operating room technicians" OR "pharmacists' aide" OR "pharmacists' aides" OR "physician assistant" OR "physician assistants" OR "ophthalmic assistant" OR "ophthalmic assistants" OR "pediatric assistant" OR "pediatric assistants" OR *anatomist* OR *anatomists* OR *caregiver* OR *caregivers* OR "dental staff" OR "dental staffs" OR *dentist* OR *dentists* OR "health educator" OR "health educators" OR "infection control practitioner" OR "infection control practitioners" *nurse* OR *nurses* OR *pharmacist* OR *pharmacists* OR *physician* OR *physicians* OR "general practitioner" OR "general practitioners" OR "occupational health physician" OR "occupational health physicians" OR "osteopathic physician" OR "osteopathic physicians" OR "medical secretary" OR "medical secretaries" OR "medical receptionist" OR "medical receptionists" OR "dental faculty" OR "medical faculty" OR "Nursing Faculty" OR "Health Facility Administrators" OR "hospital chief executive officers" OR "Nurse Administrators" OR "Nurse Administrators.SH" OR "hospital auxiliaries" OR "hospitalists" OR "Hospital Nursing Staff" OR "Physician Executives")

Requête 3 :

(bilingu OR "foreign language" OR multilingu* OR "second language") AND AB (class* OR course* OR educati* OR Educational activit* OR Educational technic* OR Educational technique* OR Employee cross-training OR Human resources development OR learn* OR pedagog* OR teach* OR Teaching method* OR train* OR Training activit* OR Training program* OR Training technic*) AND AB ("Allied health personnel" OR "Allied health staff" OR "community health aide" OR "community health aides" OR "dental auxiliary" OR "dental auxiliaries" OR "dental assistant" OR "dental assistants" OR "dental hygienist" OR "dental hygienists" OR "dental technician" OR "dental technicians" OR denturist OR denturists OR "emergency medical technician" OR "emergency medical technicians" OR "Employees of health institutions and programs" OR "Field worker" OR "Field workers" OR "Health auxiliary" OR "Health auxiliaries" OR "Health care personnel" OR "Health care practitioner" OR "Health care practitioners" OR "Health care professional" OR "Health care professionals" OR "Health care provider" OR "Health care providers" OR "Health care worker" OR "Health care workers" OR "Health personnel" OR "Health professional personnel" OR "health staff" OR "health staffs" OR "health worker" OR "health workers" OR "Healthcare personnel" OR "Healthcare practitioner" OR "Healthcare practitioners" OR "Healthcare professional" OR "Healthcare professionals" OR "Healthcare provider" OR "Healthcare providers" OR "Healthcare worker" OR "Healthcare workers" OR "Home health aide" OR "Home health aides" OR "Hospital medical staff" OR "Hospital medical staffs" OR "Hospital personnel" OR "Hospital staff" OR "Hospital staffs" OR Hospitalist OR Hospitalists OR "Medical personnel" OR "Medical staff" OR "nurses' aide" OR "nurses' aides" OR "Nursing home personnel" OR "Nursing home staff" OR "Nursing home staffs" OR Paramedic OR Paramedics OR "Paramedical personnel" OR "Paramedical staff" OR "Paramedical staffs" OR Physician OR Physicians OR Practitioner OR Practitioners OR "Professional health personnel" OR "psychiatric aide" OR "psychiatric aides" OR "Public health officer" OR "Public health officers" OR "operating room technician" OR "operating room technicians" OR "pharmacists' aide" OR "pharmacists' aides" OR "physician assistant" OR "physician assistants" OR "ophthalmic assistant" OR "ophthalmic assistants" OR "pediatric assistant" OR "pediatric assistants" OR anatomist OR anatomists OR caregiver OR caregivers OR "dental staff" OR "dental staffs" OR dentist OR dentists OR "health educator" OR "health educators" OR "infection control practitioner" OR "infection control practitioners" nurse OR nurses OR pharmacist OR pharmacists OR physician OR physicians OR "general practitioner" OR "general practitioners" OR "occupational health physician" OR "occupational health physicians" OR "osteopathic physician" OR "osteopathic physicians" OR "medical secretary" OR "medical secretaries" OR "medical receptionist" OR "medical receptionists" OR "dental faculty" OR "medical faculty" OR "Nursing Faculty" OR "Health Facility Administrators" OR "hospital chief executive officers" OR "Nurse Administrators" OR "Nurse Administrators.SH" OR "hospital auxiliaries" OR "hospitalists" OR "Hospital Nursing Staff" OR "Physician Executives")*

Requête 4 :

(list Or lists) AND ("second language" OR "foreign language" OR multilingual OR multilingualism OR bilingual OR bilinguism) AND (health OR "health personnel" OR "health practitioner" OR "health practitioners" OR practitioners)

ProQuest

Recherche effectuée le 19 décembre 2011

Requête 1 :

ab((bilingu OR "foreign language" OR multilingu* OR "second language")) AND ab((health OR "health care" OR healthcare)) AND ab(class* OR course* OR educati* OR Educational activit* OR Educational technic* OR Educational technique* OR Employee cross-training OR Human resources development OR learn* OR pedagog* OR teach* OR Teaching method* OR train* OR Training activit* OR Training program* OR Training technic*)*

Google scholar

Recherche effectuée le 22 décembre 2011

Mot clef : *list bilingual workers*

Littérature grise

NYAM

Recherche effectuée le 7 décembre 2011

http://nyam.waldo.kohalibrary.com/cgi-bin/koha/opac-search.pl?q=%28cours*+OR+class*+OR+training%29+AND+%28language%29+AND+%28health%29+

keywords: (cours OR class* OR training) AND (language) AND (health)*

<http://nyam.waldo.kohalibrary.com/cgi-bin/koha/opac-search.pl?q=%28tools%29+AND+%28language%29+AND+%28health%29+>

keywords: (tools) AND (language) AND (health)

<http://nyam.waldo.kohalibrary.com/cgi-bin/koha/opac-search.pl?q=%28lep+OR+%22limited+ADJ+proficiency%22%29+AND+%28health%29>

keywords: (lep OR "limited ADJ proficiency") AND (health)

<http://nyam.waldo.kohalibrary.com/cgi-bin/koha/opac-search.pl?q=%28linguistic%29+AND+%28health%29>

keywords: (linguistic) AND (health)

Érudit

Recherche effectuée le 22 décembre 2011

(Tous les champs : liste ou listes) ET (Tous les champs : bilingue ou bilingues) ET (Tous les champs : santé) | Fonds : Érudit, UNB | Type(s) de document(s) : Tous | Date : Toutes



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

