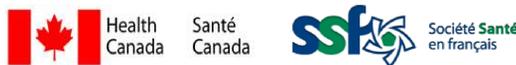


Impact des barrières linguistiques sur l'accès aux services, la qualité des soins et la sécurité du patient et du prestataire : l'expérience des francophones vivant en contexte minoritaire au Canada



Danielle de Moissac¹ et Sarah Bowen², ¹Université de Saint-Boniface, MB, Canada, ²Applied Research and Evaluation Consultant, NS, Canada

Mise en contexte

L'impact des barrières linguistiques sur la santé et l'accès aux services sociaux et de santé a récemment fait l'objet de plusieurs études¹⁻³. Au Canada, l'offre de services dans la langue officielle de choix du patient est de plus en plus reconnue comme une composante essentielle dans les systèmes de santé afin de réduire les inégalités de santé et de mieux répondre aux besoins des populations vulnérables^{3,4}. À l'heure actuelle, deux stratégies sont mises de l'avant pour répondre aux besoins des patients dont la langue officielle de choix n'est pas la langue majoritaire dans leur province : 1) l'offre de services directs par un intervenant bilingue et 2) les services d'interprète ou de traduction.

Dans les communautés francophones minoritaires à l'extérieur du Québec, l'offre de services directs est restreinte en raison d'une pénurie de professionnels de la santé bilingues^{5,6}. Pour répondre à cette lacune, certaines régions socio-sanitaires ont développé des politiques de services en français et offrent des services d'interprétariat^{7,8}. D'autres régions se fient aux services d'accompagnement et d'interprétariat disponibles dans la communauté, tels qu'offerts par l'Accueil francophone de Thunder Bay⁹ et des organisations bénévoles comme l'Association canadienne des volontaires unis dans l'action (CANAVUA) en Alberta¹⁰. Des standards de pratiques d'interprétariat minimaux ont été identifiés: 1) la coordination de politiques et de pratiques organisationnelles; 2) l'utilisation uniquement d'interprètes formés; 3) le dépistage et l'évaluation linguistique des interprètes; 4) la disponibilité d'informations au sujet des services d'interprétariat pour les patients et les prestataires de soins et 5) une méthode de collecte de données permettant d'évaluer le service^{4,11,12}. Que les services soient offerts par l'entremise d'organismes communautaires ou régionaux, ces standards minimaux sont essentiels pour un service d'interprétariat qui assure une communication fidèle, sécuritaire et complète.

Dans les contextes où les demandes de services d'interprétariat sont faibles, comme cela peut se produire dans les communautés en régions rurales et éloignées, ou dans les communautés à faible densité de francophones, le rôle d'interprète est souvent amalgamé au rôle d'accompagnateur ou de navigateur en santé¹³. Certaines compétences sont associées à ces rôles, particulièrement en ce qui a trait aux capacités linguistiques et d'interprétariat et aux habiletés interpersonnelles. La formation en interprétariat est fortement recommandée; l'utilisation d'interprètes occasionnels non formés, que ce soient des membres de la famille, des amis ou même des professionnels de la santé, pose des risques importants pour le patient et le prestataire de soins car une illusion de communication adéquate peut masquer des erreurs telles que des omissions, des additions ou des substitutions de mots, de concepts ou d'idées, sans compter les enjeux d'éthique clinique inhérents à cette fonction^{14,15}. Un dépistage et une formation à point, ainsi qu'un processus d'évaluation du service d'interprétariat, ont été identifiés comme étant des éléments clés des meilleures pratiques dans le but d'assurer une prise de décisions éthiques, le respect des obligations légales et la prestation de soins de qualité^{4,11}.

Au Canada, un pays officiellement bilingue, peu de recherches portent sur les effets des barrières linguistiques sur l'accès aux soins et à leur qualité pour les populations de langue officielle minoritaire vivant en milieu rural ou éloigné, ainsi que pour les communautés à faible densité de francophones.

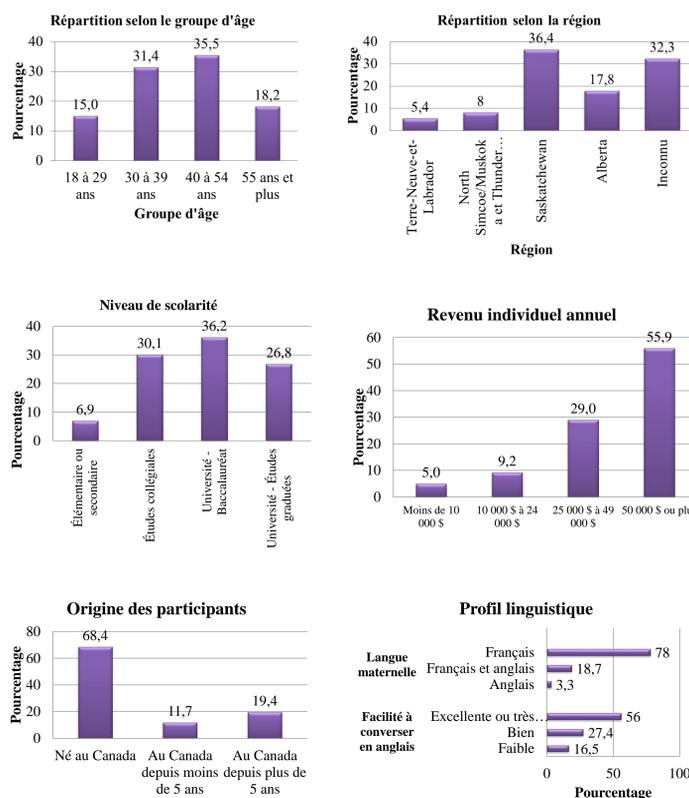
Objectifs

De mieux comprendre l'expérience des francophones vivant dans les communautés minoritaires à faible densité de francophones au Canada et l'expérience des interprètes, des accompagnateurs et des navigateurs qui soutiennent ces patients francophones en ce qui concerne la pratique de l'offre active et les services d'interprétariat, de navigation et d'accompagnement.

Méthodologie

De la fin octobre 2015 jusqu'à la fin février 2016, un sondage en ligne et sur papier comprenait 21 questions ouvertes et fermées : choix multiples, réponses multiples, items à échelle de Likert et réponses textuelles a été distribué. Des entrevues téléphoniques semi-dirigées d'une durée de 20 à 45 minutes avec les francophones ayant eu recours à des services d'interprétariat, de navigation ou d'accompagnement, ainsi qu'avec des interprètes, des accompagnateurs ou des navigateurs ont été menées par la chercheuse principale. Les participants ont pu décrire et évaluer les services par l'entremise de questions ouvertes et d'items à échelle de 5 points de Likert. L'analyse quantitative a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 21 (IBM Corporation). Les données des diverses régions ont été comparées au moyen du test chi-carré ou du test exact de Fisher. Le niveau de signification a été fixé à 5 %. L'analyse des questions qualitatives a été menée à l'aide du logiciel NVivo v.11 (QRS International, 2012).

Profil des participants



Importance de la langue

La majorité des participants au sondage (86,0 %) indique qu'il est important ou très important pour eux de recevoir des services de santé en français.

Pour qui ?

- Populations vulnérables : enfants unilingues francophones, francophones qui sont démenagés dans une province anglophone
- Situations de vulnérabilité : personnes en situation de détresse physique (douleur) et psychologique, personnes avec démence, personnes sous l'effet de médicaments (après chirurgie)

Quand ?

- Consultation avec un médecin de famille
- Situations urgentes et hospitalisations
- Consultations en santé mentale

Pourquoi ?

- Décrire symptômes (52,2 %)
- Comprendre directives orales (38 %)
- Recevoir appui émotionnel (36 %)

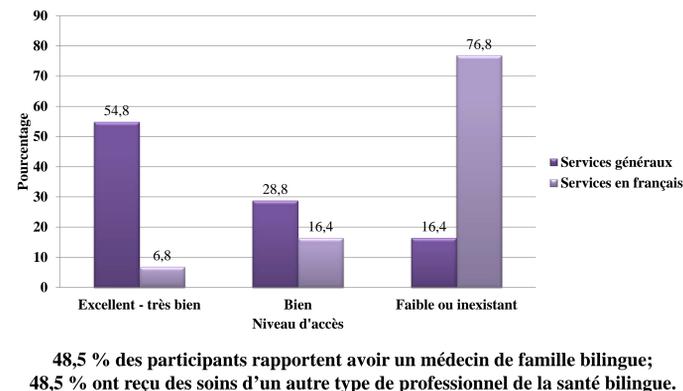
Sinon ?

Le malaise du patient est prolongé en raison :

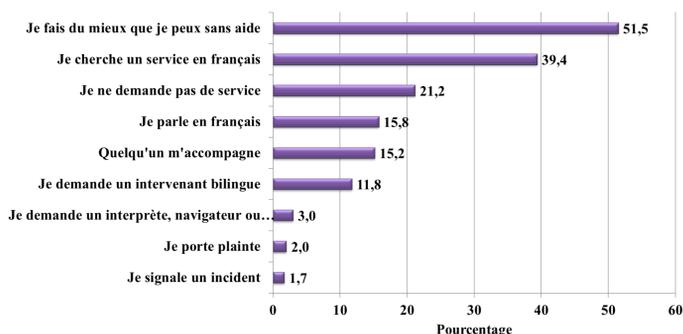
- d'examen supplémentaires
- d'un traitement inapproprié
- d'une attente prolongée pour un suivi
- des consignes mal suivies
- d'une consultation ultérieure pour le même problème de santé

« Quand c'est la vie qui en dépend, on n'a pas une minute à perdre. »

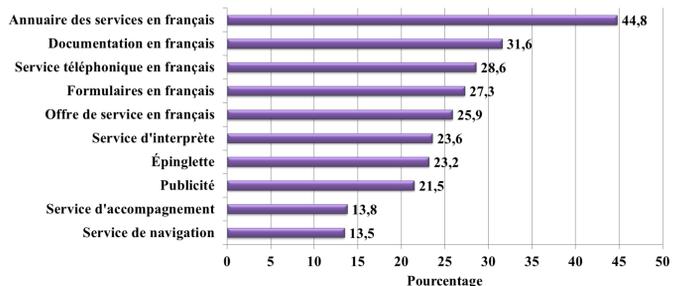
Accès aux soins de santé



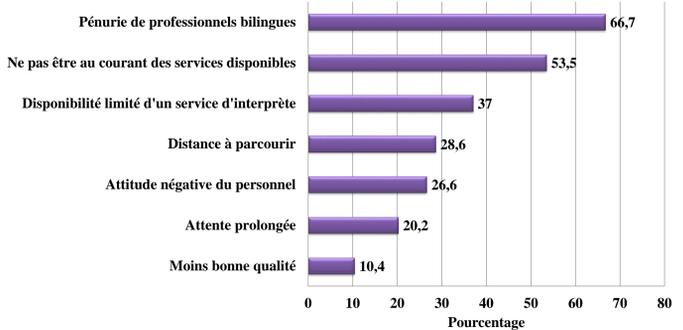
Actions prises pour accéder aux services en français



Facilitateurs d'accès



Barrières à l'accès



Services d'interprétation-accompagnement

- Peu de demande pour un service professionnel; perception de pénurie de ce service
- Plusieurs se fient sur des proches pour l'accompagnement ou des bénévoles communautaires
- Appui demandé par les aînés, personnes qui vivent aux rural ou qui viennent d'ailleurs
- Grande appréciation pour ces services (appui émotionnel; communication aisée)
- Défis :
 - Hésitation associée à demander un proche
 - Bénévolat : recrutement, coordination, formation en interprétariat, soutien organisationnel dans le système de santé
 - Rôles et responsabilités multiples lors de la consultation médicale

1 personne sur 5 n'aura pas recours à des services de santé en raison de barrières linguistiques

Conclusions

1. L'accès aux services en français importe pour les francophones, peu importe leur niveau de bilinguisme.
2. La barrière linguistique a un impact négatif sur l'accès aux soins et la qualité des services reçus.
3. Une inégalité dans l'accès se fait sentir par les francophones minoritaires, tel qu'observé par des services limités, une pénurie de professionnels bilingues et l'absence d'offre active. Les services d'interprétation et d'accompagnement sont peu connus et peu utilisés.
4. Les services d'interprètes-accompagnateurs répondent à un réel besoin.

Recommandations

1. L'embauche de professionnels de la santé bilingues et la pratique de l'offre active demeurent prioritaires.
2. Un service combiné d'interprétation et d'accompagnement pourrait répondre aux besoins complexes de santé, de méconnaissance du système de santé et du besoin de soutien social des francophones vulnérables.
3. Les interprètes-accompagnateurs doivent recevoir une formation adéquate, une évaluation linguistique dans les deux langues et un soutien par des politiques et des pratiques organisationnelles.
4. Une formation en interprétation-accompagnement, offerte en français et à distance, serait bénéfique.
5. L'utilisation de la technologie pour offrir un service d'interprète centralisé pour francophones vivant dans les régions rurales et éloignées du Canada pourrait être explorée.
6. Plus d'études portant sur la perspective des professionnels de la santé non-francophones et des gestionnaires dans le domaine de la santé permettrait d'avoir une vue d'ensemble.

Références

1. Bowen, S. (2015). *The Impact of Language Barriers on Patient Safety and Quality of Care*. Ottawa : Société Santé en français.
2. Ohtani, A., Suzuki, T., Takeuchi, H., et Uchida, H. (2015). *Language barriers and access to psychiatric care: A systematic review*. Washington, D.C.: Psychiatric Services. doi:10.1176/appi.ps.201400851.
3. Schwei, R. J., Del Pozo, S., Aggar-Gupta, N., Alvarado-Little, W., Bagehi, A., Chen, A. H., ... et Jacobs, E. A. (2016). Changes in research on language barriers in health care since 2008: A cross-sectional review study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 36-44. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.001.
4. Bowen, S. (2008). *Language barriers within the Winnipeg Regional Health Authority: Evidence and implications*. Winnipeg : Winnipeg Regional Health Authority.
5. de Moissac, D., Gagnon, F., et Roch-Gagné, M. (2015). Accès aux services sociaux et de santé en français : l'expérience des Franco-Manitobains. *Minorités Linguistiques et société*, Numéro 6, 42-65.
6. Drolet, M., Savard, J., Savard, S., Bessé, J., Arvanit, L., Lagacé, J., Lamont, S., et Duboulet, C.-J. (2014). Health Services for Linguistic Minorities in a Bilingual Setting: Challenges for Bilingual Professionals. *Qualitative Health Research*, 24(3), 295-305.
7. Winnipeg Regional Health Authority (s.d.). *Language Access Interpreter Services*. Winnipeg: Government of Manitoba. Récupéré le 19 août 2015 du site <http://www.rhba.mb.ca/professionnels/interpretes/index.php>.
8. Silveiras, A., et Laupacis, A. (2013). *Interpretation services in health care*. *Healthy Debate*, April 18, 2013. Récupéré le 19 août 2015 du site <http://www.acceuilfrancophone.com/>.
9. Accueil francophone de Thunder Bay (s.d.). *Au service des francophones du Nord-Ouest de l'Ontario*. Thunder Bay : Accueil francophone. Récupéré le 19 août 2015 du site <http://www.acceuilfrancophone.com/>.
10. Canadian Volunteers United in Action (s.d.). *Programmes*. Edmonton: CANAVUA. Récupéré le 19 août 2015 du site <http://www.canavua.org/rooms.html>.
11. Healthcare Interpretation Network (2010). *National standard guide for community interpreting services*. Toronto: Healthcare Interpretation Network. Récupéré le 18 août 2015 du site <http://healthcareinterpretationnetwork.ca/publications/standards/>.
12. Winnipeg Regional Health Authority (2013). *Language Access: Code of Ethics and Standards of Practice for Interpreters*. Winnipeg: Winnipeg Regional Health Authority. Récupéré le 7 août 2015 du site <http://www.rhba.mb.ca/professionnels/interpretes/index.php>.
13. Holland, N., Kiserud, B., Pauls, H., Valverde, F., White, S., Espares, A., ... et Calhoun, (2014). Dissemination of patient navigation programs across the United States. *Journal of Public Health Management and Practice*, 20(4), E15-E24.
14. Flores, G., Abreu, M., Barone, C. P., Bachur, R., et Lin, H. (2012). Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: A comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters. *Annals of Emergency Medicine*, 60(5), 545-553.
15. Kilian, S., Swartz, L., Dowling, T., Diali, M., et Chaita, B. (2014). The potential consequences of informal interpreting practices for assessment of patients in a South African psychiatric hospital. *Social Science & Medicine*, 106, 159-167.
16. Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for evaluating qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246.