



NATIONAL NEWCOMER
NAVIGATION NETWORK
RÉSEAU NATIONAL DE
NAVIGATION POUR
NOS NOUVEAUX ARRIVANTS



NORMES NATIONALES POUR L'ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

Le cas des services d'interprétation provinciaux

Hosted at / Situé à:



Funded by:

Immigration, Refugees
and Citizenship Canada

Financé par:

Immigration, Réfugiés
et Citoyenneté Canada

Educational partner: / Partenaire pédagogique





Cat Goodfellow et Christine Kouri, « Normes nationales pour l'équité en matière de soins de santé : le cas des services d'interprétation provinciaux ». Réseau national de navigation pour nos nouveaux arrivants, 2022.



LETTRE DU RÉSEAU NATIONAL DE NAVIGATION POUR NOS NOUVEAUX ARRIVANTS (N4)

Le Réseau national de navigation pour nos nouveaux arrivants (N4) est un réseau national pour la diversité des fournisseurs qui aident les nouveaux arrivants à naviguer dans les systèmes complexes de soins de santé et de services sociaux canadiens. Le réseau intersectoriel pancanadien de N4 regroupe des professionnels du secteur des soins de santé, du secteur des services sociaux, du secteur de l'établissement, du milieu universitaire et d'autres secteurs afin de créer des liens, d'apprendre et de collaborer. Le N4 offre des possibilités de perfectionnement professionnel, de formation continue, de réseautage et de partage de données et de ressources, dans le but de promouvoir les pratiques exemplaires dans le domaine de la navigation des nouveaux arrivants.

À compter de 2019, le N4 a effectué une évaluation des besoins afin de mieux comprendre les forces et les lacunes actuelles dans la navigation des nouveaux arrivants partout au Canada^{1,2}. Une lacune a été relevée, soit la capacité des professionnels au service des nouveaux arrivants de collaborer entre les secteurs dans le cadre des projets ponctuels, ce qui a mené à la création de la communauté de pratique (CdP) de N4. L'évaluation des besoins a également révélé que l'accès insuffisant aux services d'interprétation constituait un obstacle important à la prestation de services de santé et de services sociaux équitables aux nouveaux arrivants. La CdP de N4 a formé un groupe de travail uniquement axé sur l'amélioration de l'accès aux services d'interprétation par la rédaction du présent exposé de position, en tirant parti de l'expertise des membres du groupe de travail ainsi que de la CdP de N4 dans son ensemble, et appuyé par l'infrastructure du N4.

Les doubles pandémies du mouvement pour la justice raciale et la pandémie mondiale de COVID-19 ont soulevé une conscience mondiale des inégalités. De nombreuses organisations et gouvernements se sont engagés à apporter des changements, mais ont éprouvé des difficultés à surmonter les principaux obstacles à l'équité. Au nom de la CdP de N4, nous sommes heureux de présenter un exposé de position fondé sur des données probantes et réalisables pour aider le Canada à créer de l'équité pour les nouveaux arrivants au Canada.

CHRISTINE KOURI, BScN, MBA
Gestionnaire, Équité en santé
et diversité
CHEO

Sahar Zohni, MD, MHA
Gestionnaire de projet
Réseau national de navigation pour
nos nouveaux arrivants

¹ Julia Kurzawa et autres, « Navigations des nouveaux arrivants d'un océan à l'autre : Rapport sur la sensibilisation et les visites de sites de N4 (Réseau national de navigation pour nos nouveaux arrivants, 2019).

² Mariah Maddock et autres, « Navigation des nouveaux arrivants d'un océan à l'autre pendant une double pandémie » (Réseau national de navigation pour nos nouveaux arrivants, 2022).

CONTENU

1. Remerciements.....	3
2. Sommaire.....	4
3. Introduction.....	6
4. Portée	8
5. Recherche.....	9
5.1. Examen des politiques	9
5.2. Le rôle clé des interprètes professionnels dans les soins de santé	11
5.2.1. Un impératif éthique pour des soins de santé de qualité	12
5.2.2. Sécurité des patients	12
5.2.3. Qualité des soins	13
5.2.4. Sommaire	14
5.3. Assurer le recours à l'interprétation professionnelle	14
5.3.1. Coût	14
5.3.2. Défis administratifs	15
5.3.3. Formation des fournisseurs	16
6. Expériences de l'établissement en matière d'interprétation des soins de santé.....	17
7. Recommandations	20
7.1.1. Niveau fédéral.....	20
7.1.2. Niveau provincial	20
7.1.3. Niveau régional ou niveau des systèmes.....	20
Bibliographie.....	23
Exposé de position du Groupe de travail sur l'accès à l'interprétation.....	24



1. REMERCIEMENTS

Le N4 tient à remercier les membres du Groupe de travail sur l'accès à l'interprétation et le Comité directeur de la communauté de pratique pour leur participation à ce travail. Leur engagement inlassable à veiller à ce que cet exposé de position soit fondé sur des données probantes et axé sur les résultats, pendant une pandémie mondiale, a été déterminant et grandement apprécié. Une liste complète de ces champions de l'équité se trouve à la fin du présent document. L'infrastructure du N4, qui a appuyé ce travail, ne serait pas possible sans le soutien de notre bailleur de fonds, Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC).



2. SOMMAIRE

L'immigration est une stratégie économique clé pour le Canada. En outre, notre pays est déterminé à accueillir les réfugiés dans son rôle humanitaire mondial. Pour assurer la réussite de l'intégration de la diversité des nouveaux arrivants au Canada, il faut porter attention aux inégalités du système qui se produisent dans les services financés par l'État. Les soins de santé sont considérés comme essentiels au bien-être général et sont donc financés par les provinces. Toutefois, ces systèmes comportent des obstacles systémiques pour les nouveaux arrivants, ce qui entraîne un accès et des expériences inéquitables.

En consultation avec les fournisseurs de soins de santé et d'établissement partout au Canada, le Réseau national de navigation pour nos nouveaux arrivants (N4) a élaboré une norme nationale proposée et une série de recommandations connexes pour éliminer les obstacles linguistiques pour les nouveaux arrivants. En mettant en œuvre cette norme, nous pouvons promouvoir un accès aux soins de santé et des expériences sécuritaires, équitables et positives pour les nouveaux arrivants. Le présent exposé de position fournit une feuille de route pour l'accès à l'interprétation des soins de santé ainsi que des réflexions sur les points d'intersection entre les secteurs de la santé et de l'établissement, qui travaillent en étroite collaboration, mais qui sont rarement considérés en tandem dans les politiques.

Une revue de la littérature ainsi que des preuves anecdotiques indiquent que l'accès à l'interprétation professionnelle des soins de santé est un grave problème d'équité en santé. Sans la capacité de communiquer avec un fournisseur de soins dans la langue de son choix, les patients ne peuvent pas s'engager dans les services de santé, et les obligations législatives en vertu desquelles les fournisseurs de soins de santé fonctionnent ne peuvent être respectées. De nombreuses données montrent que lorsqu'un interprète professionnel n'est pas présent, les membres de la famille, les amis et le personnel sont souvent sollicités comme interprètes ad hoc. Cela peut mener à des erreurs médicales, à la parentification des enfants et à un manque de compréhension des plans de traitement et, par conséquent, à leur respect. Dans certains cas, les agents d'intégration des immigrants tentent de soutenir des soins équitables en réservant et en assistant à des rendez-vous de soins de santé, une tâche qu'ils mettent en garde est hors de leurs compétences et peut compromettre les frontières professionnelles. Les professionnels ont de la difficulté à respecter les limites de confidentialité du Cercle de soins.

La sécurité des patients et la qualité des soins sont compromises d'autres façons lorsque les interprètes de soins de santé ne sont pas disponibles. Les données probantes montrent que les patients ne sont pas aiguillés en temps opportun vers des spécialistes parce que leur état de santé n'est pas entièrement compris par le fournisseur. Les patients ne se sentent pas entendus et, par conséquent, évaluent mal leur expérience. Les rendez-vous manqués entraînent des retards et une augmentation du niveau de soins, de pires résultats et augmentent l'utilisation des services d'urgence.

Au niveau de l'organisation, le manque d'interprétation des soins de santé crée des défis administratifs et financiers. Les changements de réservation, les visites répétées et l'utilisation du personnel de santé réduisent l'efficacité du système. Les membres du personnel médical agissant comme interprète ad hoc prennent des risques supplémentaires quant à l'exactitude et, par conséquent, la sécurité des patients.

Bien qu'il y ait des normes qui ont été créées pour promouvoir l'utilisation d'interprètes au point de service, il existe des obstacles systémiques à leur mise en œuvre. Les grandes organisations peuvent créer et promouvoir des systèmes de réservation d'interprètes, mais elles ont de la difficulté à assurer la



cohérence et les coûts dans le cadre de leur budget déjà restreint. Les praticiens ont de la difficulté à comprendre comment avoir accès à des interprètes qualifiés et, parfois, refusent les nouveaux arrivants pour éviter les coûts supplémentaires.

Afin de réduire ces obstacles organisationnels et individuels à la qualité des soins, le N4 recommande qu'une norme nationale soit établie en vertu de laquelle les ministères provinciaux de la Santé financent un service d'interprétation centralisé qui intègre des options d'interprétation à distance et en personne. Cette étape, déjà en pratique au Manitoba, a permis d'améliorer le processus de réservation des services d'interprétation, d'accroître l'efficacité du système en réduisant les visites répétées ou de suivi, d'accroître la sécurité des patients et d'offrir une expérience meilleure et plus équitable pour les nouveaux arrivants au Canada.



3. INTRODUCTION

« Le langage est un vecteur littéral et figuratif de familiarité, de confiance et de compréhension – les fondements d'une solide alliance thérapeutique. »

Yue Bo Yang, Trust in Translation²

Le présent exposé de position s'appuie sur les efforts déployés partout au Canada pour accroître l'accès aux services d'interprétation professionnelle dans les soins de santé et l'établissement. Le présent document a pour but de donner un bref aperçu des principaux enjeux liés à l'interprétation des soins de santé afin d'appuyer des recommandations concrètes fondées sur des données probantes en vue d'accroître l'accès à l'interprétation au niveau provincial et au niveau des systèmes. Une revue de la littérature indique que l'accès à l'interprétation des soins de santé est un grave problème d'équité en santé. La sécurité des patients et la qualité des soins sont compromises lorsque les patients ne peuvent pas communiquer librement et clairement avec leurs fournisseurs de soins de santé dans la langue de leur choix. Par conséquent, les données probantes montrent que les patients dont la maîtrise des langues officielles est limitée obtiennent de pires résultats que ceux qui parlent couramment l'anglais ou le français : cela comprend plus de visites de suivi, plus de rendez-vous annulés ou manqués, moins d'adhésion au traitement et une compréhension limitée des interventions, des tests et des médicaments. L'élimination de ces obstacles à la qualité des soins de santé réduit également les coûts.

Les travaux effectués par N4 au cours des trois dernières années ont révélé que les fournisseurs de soins de santé et d'établissements s'inquiètent vivement de cet accès inéquitable à l'interprétation pour leurs clients. Entre juillet 2019 et janvier 2021, le personnel du N4 a rencontré 572 intervenants de 166 organisations, y compris des hôpitaux pour enfants et des centres de réadaptation, des hôpitaux généraux, des cliniques pour nouveaux arrivants, des cliniques communautaires et des organismes d'établissement. L'objectif de ces réunions était d'effectuer une évaluation nationale des besoins des professionnels des soins de santé et d'établissements qui travaillent avec les nouveaux arrivants au Canada et les aident à naviguer dans les systèmes complexes de santé et de services sociaux canadiens.

Ce travail s'est déroulé dans le contexte de ce que certains appellent les doubles pandémies de la COVID-19 et le mouvement pour la justice raciale a sensibilisé les gens aux iniquités vécues par les nouveaux arrivants au Canada. En effet, Santé publique Ontario a constaté que les nouveaux arrivants étaient deux fois plus susceptibles d'être positifs à la COVID-19 pendant la première vague de la pandémie. Les fournisseurs ont signalé des difficultés persistantes liées à l'accès aux services d'interprétation et à leur utilisation, et ils ont exprimé leur frustration quant aux répercussions sur leurs clients et leurs patients. L'utilisation de l'équipement de protection individuelle (EPI) et les visites virtuelles ont compliqué la communication entre le fournisseur et le client. Cependant, il était encourageant d'entendre des fournisseurs de soins en Colombie-Britannique et au Manitoba et leurs patients bénéficier d'un accès à des services d'interprétation provinciaux financés à distance ou en personne. À maintes reprises, nous avons entendu dire que l'accès centralisé et financé à l'interprétation réduisait ou éliminait bon nombre des obstacles à l'accès à l'interprétation professionnelle. Malgré certains progrès en matière de politiques, des obstacles systémiques subsistent dans les domaines de la santé, de l'établissement et des services sociaux pour les nouveaux arrivants.

² Yue Bo Yang, « Trust in Translation », CMAJ, 192.39 (2020) <<https://doi.org/10.1503/cmaj.201499>>.



Inspiré par les orientations plus positives en matière d'interprétation des soins de santé, N4 a collaboré avec le Comité directeur de la communauté de pratique de N4 pour créer un groupe de travail qui aiderait les fournisseurs et les organisations à réduire les obstacles aux services d'interprétation. Le présent document est le principal produit livrable de ce groupe de travail. Nous espérons que la mise en œuvre de services d'interprétation centralisés et financés par les provinces fera progresser le Canada vers un accès plus équitable à l'interprétation et, par conséquent, vers une expérience de soins de santé plus équitable.



4. PORTÉE

Le présent document porte sur les questions qui préoccupent les décideurs provinciaux et régionaux et préconise l'inclusion des services d'interprétation dans les budgets provinciaux des soins de santé. Bien que nous présentions un bref aperçu des réalités du travail avec les interprètes au niveau du fournisseur, il s'agit d'un document d'information. Notre groupe de travail a également été généreux en fournissant leurs histoires anonymes pour offrir un solide aperçu sur le coût humain des défis de communication dans les soins de santé. Les fournisseurs et les organisations qui recherchent des pratiques exemplaires et des conseils peuvent trouver d'excellentes recherches et analyses dans l'ouvrage *Speaking Freely : A Case for Professional Health Interpretation de Caitlin Murphy à London, Ontario, l'analyse environnementale des services d'interprétation de l'Équipe Santé Ontario KW4 à Kitchener, Waterloo, Wellesley, Wilmot, Woolwich* et *The Changing Face of Manitoba : Considerations for Provincial Interpreter Services : Leading Practices, Building on Success de Sarah Bowen*. Une analyse coûts-avantages complète est également hors de portée du présent document. Nous adressons les lecteurs intéressés à consulter le document d'Ilene Hyman intitulé *Literature Review : Costs of Not Providing Interpretation in Healthcare*.

Contrairement aux travaux antérieurs dans ce domaine, le champ d'enquête pour le présent exposé de position a été élargi pour inclure certains documents sur le secteur de l'établissement. La santé et l'établissement travaillent souvent en étroite collaboration, bien qu'ils soient souvent cloisonnés dans le cadre d'initiatives politiques plus générales en matière d'immigration. Au cours de l'évaluation des besoins du N4, on a constaté que les professionnels de l'établissement étaient souvent déployés comme interprètes ad hoc, courtiers culturels et navigateurs du système de santé.

Bien que le présent exposé de position se concentre sur les besoins d'interprétation des communautés de nouveaux arrivants, le Canada compte également plus de 70 langues autochtones distinctes, y compris les langues signées d'Atgangmuurngniq (langue des signes inuite) et Plains Sign Talk. Les travaux sur la rédaction du présent exposé de position ont commencé en 2022, première année de la Décennie des langues autochtones de l'UNESCO qui vise à préserver, revitaliser et soutenir les langues autochtones dans le monde³. Le N4 reconnaît la portée étroite de cet exposé de position et encourage les lecteurs à réfléchir de façon générale aux nombreux besoins et possibilités linguistiques qui se recoupent au Canada. L'organisation Native Land Digital, dirigée par des Autochtones, a élaboré une carte interactive, qui se trouve sur **Native-Land.ca** et qui montre les langues autochtones parlées dans votre région

³UNESCO, « Los Pinos Declaration [Chapoltepek] – Making a Decade of Action for Indigenous Languages: Outcome Document of the High-Level Event “Making a Decade of Action for Indigenous Languages” on the Occasion of the Closing of the 2019 International Year of Indigenous Languages, 27-28 février 2020 Mexico City, Mexico - UNESCO Digital Library’ <<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374030>> [consulté le 26 janvier 2022].



5. RECHERCHE

5.1. Examen des politiques

L'intégration de l'interprétation linguistique lors des rencontres avec les professionnels de la santé est un droit de la personne lié aux systèmes juridiques et de soins de santé⁴. Toutefois, pour les personnes ayant une connaissance limitée ou non de l'anglais ou du français, ce droit n'est souvent pas respecté lorsqu'elles ont accès aux services de soins de santé. Le fardeau de la responsabilité incombe aux familles et aux groupes de nouveaux arrivants. Cela contraste avec le système de justice, où l'on comprend qu'une communication efficace est une exigence essentielle de tout processus juridique.

Les données probantes montrent que les personnes qui font face à des obstacles linguistiques reçoivent des soins de mauvaise qualité et courent un plus grand risque d'erreurs médicales, de tests inutiles et d'effets indésirables aux traitements⁵. Le rapport de 2009 de Laura Simich sur la littératie en santé et les populations immigrantes au Canada laisse entendre que la littératie en santé est le meilleur indicateur de l'état de santé et qu'il est important pour maintenir la santé⁶. Simich définit la littératie en santé comme « un processus de communication multidimensionnel. Elle comprend également les compétences des fournisseurs de soins de santé, la « lisibilité » du système de soins de santé pour divers groupes et les politiques et programmes appropriés pour assurer une communication efficace »⁷.

Une attention particulière doit être accordée à la coordination des politiques entre les secteurs pour faire progresser l'accès aux soins de santé, les déterminants sociaux de la santé et la qualité des soins pour l'interprétation et la traduction des langues en tant que droit de la personne. Les secteurs pertinents qui façonnent la santé au-delà des systèmes de santé comprennent l'éducation, la protection sociale, le logement, le travail et les services juridiques⁸. Les messages de santé et de communication doivent être adaptés à des contextes et à des besoins linguistiques particuliers en utilisant des modes de transfert et d'échange d'information culturellement acceptés en ligne et hors ligne⁹. Une analyse fondée sur les droits a démontré que les interprètes doivent être précis et impartiaux afin de faciliter le consentement éclairé dans les milieux de soins de santé, en soulignant les risques juridiques et éthiques liés au travail avec des interprètes non formés¹⁰. Les obligations des systèmes de soins de santé doivent coordonner les ressources linguistiques et l'interprétation. Selon la Charte canadienne des droits et libertés, « toute personne [...] a droit à la même protection et au même bénéfice de la loi sans discrimination »¹¹. De même, le Code des droits de la personne de l'Ontario interdit la discrimination fondée sur l'ascendance, la race, la couleur, l'origine ethnique et

⁴ Gouvernement du Canada, « La Charte canadienne des droits et libertés » (Gouvernement du Canada, 2006) <<https://www.justice.gc.ca/eng/csj-sjc/rfc-dlc/ccrf-ccd/1/check/art14>>.

⁵ Nishi Kumar et d'autres, « Le droit à l'accessibilité des langues dans le système de soins de santé de l'Ontario », <<https://www.wellesleyinstitute.com/health/the-right-to-language-accessibility-system-of-health-care-in-ontario>>.

⁶ Laura Simich, « Health Literacy and Immigrant Populations » (Agence de la santé publique du Canada, 2009).

⁷ Laura Simich, p. 3.

⁸ Olena Hankivsky et Anuj Kapilashrami, Beyond Sex and Gender Analysis: An Intersectional View of the COVID-19 Pandemic Outbreak and Response (National Collaborative Centre for Determinants of Health) <<https://nccdh.ca/resources/entry/beyond-sex-and-gender-analysis-an-intersectional-view-of-the-covid-19->> [consulté le 8 mars 2022].

⁹ Olena Hankivsky et Anuj Kapilashrami.

¹⁰ Anjum Sultana et autres, « Language Interpretation Services in Healthcare Settings in the GTA ».

¹¹ Gouvernement du Canada.



le lieu d'origine¹². Comme la langue est liée à la race et à l'origine ethnique, la Commission ontarienne des droits de la personne a déterminé que les barrières linguistiques imposent un fardeau disproportionné aux Canadiens racialisés¹³.

Des études révèlent que les femmes ont tendance à jouer un rôle de « soins de santé » familiaux, ce qui crée des obstacles supplémentaires à l'accès aux soins de santé pour de nombreuses femmes et familles nouvellement arrivées qui sont principalement responsables de la santé familiale¹⁴. En plus de la maîtrise de l'une des deux langues officielles du Canada, l'anglais et le français, certaines femmes réfugiées et leurs familles n'ont pas les compétences en lecture et en écriture dans leur propre langue¹⁵. Un nouveau corpus de littérature suggère que l'alphabétisation de base et la littératie en santé ont également une incidence sur l'accès des femmes réfugiées aux soins de santé et à l'établissement^{16, 17, 18, 19}.

Les résultats de Simich laissent également penser qu'un faible niveau de littératie en santé a été associé à de moins bons résultats en santé mentale pour les femmes de l'Asie du Sud-Est et qu'il est lié à la dépression et à l'emploi [et au chômage]²⁰. Conformément aux résultats de Seterah Rouhani, Simich conclut que les femmes immigrantes étaient moins alphabétisées que les hommes immigrants²¹.

La langue, l'alphabétisation de base et la littératie en santé sont des déterminants sociaux importants de la santé mentale et du bien-être des femmes réfugiées, et ces facteurs doivent être intégrés dans la planification des services de santé et du soutien à l'établissement. Le fait d'inclure de multiples ressources communautaires en plus des services de soins de santé peut contribuer aux processus de développement de la littératie en santé ainsi qu'au courtage culturel. Les ressources linguistiques par rapport aux services d'interprétation sont liées à la géographie et à la prévalence des groupes ethniques qui parlent des langues minoritaires^{22, 23}. Cependant, la disponibilité de services d'interprétation et de soutien linguistique intégré pour les groupes de nouveaux arrivants et les groupes qui parlent une langue minoritaire n'est pas bien intégrée dans tous les systèmes de santé au Canada. Simich recommande que la littératie en santé fasse partie des cours de langue traditionnels et que les recommandations en matière de politiques et de programmes visant à améliorer la littératie en santé mettent l'accent sur les besoins des femmes immigrantes et réfugiées, travaillant dans l'ensemble des services et secteurs comme les agences de placement, les services de santé publique et les services

¹² Gouvernement de l'Ontario, « Human Rights Code, R.S.O. 1990, c. H. 19 », Ontario.Ca, 2014 <<https://www.ontario.ca/laws/statute/90h19>> [consulté le 28 février 2022].

¹³ Sultana et autres.

¹⁴ Nancy Clark et Bilkis Vissandjée, « Exploring Intersectionality as a Policy Tool for Gender Based Policy Analysis: Implications for Language and Health Literacy as Key Determinants of Integration », dans *Palgrave Handbook of Intersectionality in Public Policy* (Palgrave Macmillan, 2019), p. 603-23.

¹⁵ Nancy Clark, « Exploring Community Capacity: Karen Refugee Women's Mental Health », *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 11,4 (2018), 244–56 <<https://doi.org/10.1108/IJHRH-02-2018-0025>>.

¹⁶ I. S. Kickbusch, « Health Literacy: Addressing the Health and Education Divide », *Health Promotion International*, 16.3 (2001), 289–97 <<https://doi.org/10.1093/heapro/16.3.289>>.

¹⁷ Diane B. Mitschke, Regina T. P. Aguirre, et Bonita Sharma, « Common Threads: Improving the Mental Health of Bhutanese Refugee Women through Shared Learning », *Social Work in Mental Health*, 11.3 (2013), 249–66 <<https://doi.org/10.1080/15332985.2013.769926>>.

¹⁸ Seterah Rouhani, « Refugee Healthcare in British Columbia : Health Status and Barriers for Government Assisted Refugees in Accessing Healthcare » (University of British Columbia, 2011) <<https://doi.org/10.14288/1.0072326>>.

¹⁹ Margareth Santos Zanchetta et autres « Construction of Francophone Families' Health Literacy in a Linguistic-Minority Situation », *Alterstice - Revue Internationale de La Recherche Interculturelle*, 2,2 (2012), 47–62

²⁰ Laura Simich.

²¹ Laura Simich.

²² Seterah Rouhani.

²³ Zanchetta et autres.



de courtage culturel; tout cela pour appuyer le développement de compétences en littératie en santé et de meilleures relations thérapeutiques entre les fournisseurs de soins de santé et les personnes ayant une maîtrise limitée en français ou en anglais^{24, 25}.

5.2. Le rôle clé des interprètes professionnels dans les soins de santé

Nous avons établi qu'il existe de solides impératifs juridiques et politiques pour le financement de l'interprétation des soins de santé. L'ensemble des recherches sur l'interprétation dans le domaine des soins de santé met en évidence, au niveau individuel, les nombreuses raisons vitales pour lesquelles le financement des interprètes est un élément clé dans le parcours de santé d'une personne. Au cours des vingt dernières années, on s'est intéressé de plus en plus à ce domaine de l'équité en santé. En 2001, Sara Bowen a écrit que « peu de recherches ont porté sur les effets des barrières linguistiques sur les résultats pour la santé, l'utilisation des services, la satisfaction des patients ou les coûts globaux pour le système de santé ou la société »²⁶. En 2009, Ilene Hyman était en mesure de qualifier l'ensemble des recherches canadiennes sur la question de « petit, mais en croissance »²⁷.

De nombreuses études se sont concentrées sur les expériences de patients ayant une maîtrise limitée de l'anglais dans les systèmes de soins de santé²⁸. Ilene Hyman décrit l'interprétation comme étant « essentielle à la prestation de soins de santé de "grande qualité" accessibles, équitables, opportuns, sécuritaires et axés sur le patient », une liste d'exigences qui montre clairement que le langage commun est fondamental à chaque étape de l'expérience des soins de santé²⁹. Les difficultés découlant du manque d'interprétation des soins de santé comprennent le manque de compréhension du patient, le manque de compréhension du fournisseur de soins de santé ou des contextes culturels, les problèmes éthiques des membres de la famille (en particulier les enfants) agissant à titre d'interprètes, l'inefficacité des membres du personnel qui ne participent pas aux soins du patient agissant à titre d'interprètes, et l'incapacité d'accéder aux soins et de les utiliser en raison de barrières linguistiques (y compris les rendez-vous manqués et le manque d'accès à des spécialistes).

Au cours de l'évaluation des besoins du N4, la principale difficulté soulevée par le réseau était l'accès et l'utilisation des services d'interprétation³⁰. Les intervenants ont décrit ces services comme étant sous-utilisés, encombrants, coûteux et mal intégrés aux systèmes de santé. Les difficultés d'interprétation ont été ensuite aggravées par la COVID-19, les fournisseurs ayant signalé des difficultés à communiquer au moyen de l'EPI, des difficultés à faire appel à des interprètes lorsque les restrictions empêchaient d'autres personnes dans les salles de traitement, un manque de littératie concernant les soins virtuels et les applications, et une résurgence du recours à l'interprétation par les membres de la famille. Pour les nouveaux arrivants francophones, un autre obstacle était l'accès aux services d'interprétation téléphonique qui nécessitent souvent d'écouter ou de lire une introduction ou des messages vocaux en anglais.

Dans le contexte de la pandémie mondiale de SRAS-CoV-2, les patients réfugiés ont connu une exacerbation des problèmes de santé mentale, des inégalités dans les déterminants sociaux de la santé et

²⁴ Laura Simich

²⁵ Melinda McPherson, *Refugee Women, Representation and Education: Creating a Discourse of s* (Routledge, 2015) <<https://www.routledge.com/Refugee-Women-Representation-and-Education-Creating-a-discourse-of-self-authorship/McPherson/p/book/9781138703339>> [consulté le 22 mars 2022].

²⁶ Sara Bowen, « Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé » (Santé Canada, 2001), p. 5.

²⁷ Ilene Hyman, 'Literature Review: Costs of Not Providing Interpretation in Healthcare' (Access Alliance Multicultural Health et Community Services, 2009).

²⁸ Ariel Yeheskel et Shail Rawal, 'Exploring the "Patient Experience" of Individuals with Limited English Proficiency: A Scoping Review', *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21.4 (2019), 853–78 <<https://doi.org/10.1007/s10903-018-0816-4>>.

²⁹ Ilene Hyman, « Literature Review: Costs of Not Providing Interpretation in Healthcare » (Access Alliance Multicultural Health and Community Services, 2009), p. 1.

³⁰ Mariah Maddock et autres, « Newcomer Navigation from Coast to Coast: A Pan-Canadian Needs Assessment. Final Technical Report » (National Newcomer Navigation Network, 2022).



exacerbation des problèmes de santé mentale, des inégalités dans les déterminants sociaux de la santé et la diminution de l'accès aux soins primaires intégrés et aux services communautaires aux migrants³¹. Les deux défis les plus fréquemment mentionnés dans la gestion de la santé mentale des réfugiés pendant la COVID-19 comprenaient l'accès aux services de santé et les défis liés aux technologies de soins virtuelles³². Dans le cadre du thème de l'accès aux soins, les cliniciens ont signalé que les traumatismes subis pendant la guerre et les restrictions en matière de santé publique ont accru l'isolement, la peur et l'anxiété des réfugiés au Canada. Simultanément, des déterminants sociaux comme le ralentissement économique ont entraîné une augmentation de l'exclusion sociale, du chômage, des logements précaires et un accès limité aux cours de langue et d'intégration; le maintien des disparités préexistantes en matière de réfugiés³³.

5.2.1. Un impératif éthique pour des soins de santé de qualité

Une communication solide entre le fournisseur et le patient est le fondement d'une expérience de soins de santé positive, sûre et efficace. L'interprétation a été définie comme un impératif éthique fondé sur les droits des Canadiens à l'égard des soins de santé, conformément au principe de l'accès universel aux soins énoncé dans la Loi canadienne sur la santé³⁴. Tous les Canadiens ont droit à une expérience uniforme dans le système de soins de santé, une expérience qui dépend fondamentalement de la capacité de communiquer clairement avec leur fournisseur de soins, en toute compréhension et avec leur consentement. Lorsque cela n'est pas possible, les personnes sont privées d'une expérience équitable et la qualité des soins peut trop facilement être compromise.

De plus, les fournisseurs peuvent se sentir obligés de faire appel à des interprètes ad hoc, comme des amis et des membres de la famille, pour prendre des rendez-vous. Ces interprètes ad hoc ne maîtrisent généralement pas la terminologie des soins de santé et peuvent manquer du contexte culturel nécessaire pour interpréter avec précision. Dans certains cas, la recherche a montré qu'un interprète ad hoc peut même introduire plus d'erreurs dans une interaction que celles qui sont faites entièrement sans interprète³⁵. En particulier, les membres du groupe de travail dans le domaine pédiatrique ont souligné les considérations éthiques supplémentaires lorsqu'on se fie aux enfants pour agir comme interprètes. Les enfants ne devraient pas être mis en situation de recevoir des informations médicales confidentielles sur leurs parents adultes, ni être exposés à la complexité des discussions sur le diagnostic et le traitement. Dans de tels cas, il est urgent de fournir un accès rapide à des interprètes de santé qualifiés. Lorsque des interprètes professionnels ne sont pas disponibles, les fournisseurs sont plus susceptibles de faire appel à un membre de la famille pour interpréter.

5.2.2. Sécurité des patients

Des erreurs médicales surviennent lorsque le fournisseur ne peut pas communiquer librement et couramment avec son patient. Les médecins, les infirmières et les pharmaciens ont tous signalé des difficultés liées à un manque d'interprétation qui ont nui à leur capacité de fournir des soins de qualité³⁶. Un patient qui n'a pas d'interprète professionnel est moins susceptible/a moins de chance de comprendre son diagnostic, de pouvoir donner un consentement pleinement éclairé au traitement et,

³¹ Joseph Benjamin et autres, « Access to Refugee and Migrant Mental Healthcare Services during the First Six Months of the COVID-19 Pandemic: A Canadian Refugee Clinician Survey », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18.10 (2021) <https://doi.org/10.3390/ijerph18105266>

³² Benjamin et autres.

³³ Benjamin et autres.

³⁴ Caitlin Murphy, 'Speaking Freely: A Case for Professional Health Interpretation in London, Ontario' (London and Middlesex Local Immigration Partnership, 2015), p. 2.

³⁵ Glenn Flores et autres, 'Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences: A Comparison of Professional versus Ad Hoc versus No Interpreters', *Journal of the American College of Emergency Physicians*, 60.5 (2012), 545-53 <<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.01.025>>.

³⁶ Caitlin Murphy, « Speaking Freely: Position Paper » (London and Middlesex Local Immigration Partnership, 2017).



enfin, d'adhérer à son protocole de traitement³⁷. La méta-évaluation des études sur la sécurité des patients par Hyman a montré que « les barrières linguistiques limitent le processus de consentement éclairé et contribuent à une morbidité et à une mortalité évitables »³⁸. Flores et coll. ont constaté que le fait de travailler avec des interprètes médicaux qualifiés était un facteur important pour assurer la sécurité des patients, car « les erreurs commises par des interprètes ad hoc sont beaucoup plus susceptibles d'avoir des conséquences cliniques potentielles »³⁹. Leur suggestion au niveau des politiques était de rembourser les coûts/frais d'interprétation pour veiller à ce que les patients et les fournisseurs puissent communiquer avec exactitude⁴⁰.

La sécurité culturelle des patients est un autre domaine qui recoupe l'interprétation dans les soins de santé. Le terme a été inventé par des infirmières maories en Nouvelle-Zélande, et le concept vise à améliorer la qualité des soins de santé et les résultats pour les Maoris, et plus largement les disparités en matière de santé et la qualité des soins pour les communautés autochtones dans le monde. Il a également été utilisé et appliqué dans des contextes culturels plus larges, par exemple lorsque les patients diffèrent de leurs fournisseurs en termes de langue, d'âge, de genre, d'orientation sexuelle, de statut socioéconomique, d'origine ethnique, de religion/spiritualité et/ou de handicap. Fondamentalement, la sécurité culturelle est une approche éthique visant à redresser les relations de pouvoir inéquitables par le partenariat, la participation et la protection. La prestation de soins de qualité aux patients doit inclure l'adoption de la sécurité culturelle comme outil pour améliorer les services et les soutiens en interprétation linguistique.

5.2.3. Qualité des soins

Un interprète a signalé à son superviseur, un membre du groupe de travail de N4, qu'il devait voir un cardiologue avec un patient. Le patient a informé le cardiologue et l'interprète qu'il était étonné par l'accessibilité de l'interprétation pour son rendez-vous. Il avait consulté son médecin de famille qui avait demandé beaucoup de tests inutiles. Ses soins avaient été retardés parce que, en raison de problèmes de communication, il n'a pas pu être rapidement mis en contact avec le bon spécialiste.

Diamond et coll. affirment que les patients dont la maîtrise de l'anglais est limitée reçoivent une qualité de soins inférieure dans plusieurs domaines différents à celle de leurs homologues anglophones⁴¹. Ils citent des difficultés telles que « la diminution de l'accès aux soins actifs et aux services préventifs, la baisse de la satisfaction à l'égard des soins, la mauvaise compréhension des instructions ou des médicaments, la prolongation des séjours à l'hôpital et le risque accru d'erreurs médicales et de diagnostics erronés »⁴². Ces limitations de la qualité des soins ont été largement soutenues dans la littérature, Wilson et coll. ajoutant que les patients qui ne peuvent pas communiquer librement avec leurs fournisseurs peuvent en outre être confrontés à de mauvaises réactions aux médicaments dont ils ne peuvent discuter ou qu'ils ne peuvent pas rectifier⁴³.

³⁷ Caitlin Murphy, « Speaking Freely: Position Paper ».

³⁸ Ilene Hyman, p. 14.

³⁹ Glenn Flores, 'The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Healthcare: A Systematic Review', *Medical Care Research and Review*, 62.3 (2005), 255–99 <<https://doi.org/10.1177/1077558705275416>>, p. 13

⁴⁰ Glenn Flores.

⁴¹ Lisa C. Diamond et autres, « Getting By: Underuse of Interpreters by Resident Physicians », *Journal of General Internal Medicine*, 24,2 (2009), 256–62 <<https://doi.org/10.1007/s11606-008-0875-7>>.

⁴² Diamond et autres.

⁴³ Elisabeth Wilson et autres, « Effects of Limited English Proficiency and Physician Language on Healthcare Comprehension », *Journal of General Internal Medicine*, 20,9 (2005), 800–806 <<https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0174.x>>.



De plus, il est compliqué de mesurer la qualité des soins lorsque les patients ne peuvent pas communiquer de manière précise avec leurs fournisseurs. En effet, la satisfaction des patients est également affectée négativement par les barrières linguistiques. Les patients qui ne parlent pas la même langue que leur fournisseur et qui n'ont pas accès à un interprète évaluent systématiquement leur fournisseur de soins de santé à un niveau inférieur pour ce qui est des critères tels que la convivialité et le respect⁴⁴.

5.2.4. Sommaire

Dans l'ensemble, le fait de travailler avec un interprète professionnel de la santé réduit le cas de tous les défis susmentionnés⁴⁵. Pour que les soins soient véritablement centrés sur le patient, la communication, le soutien émotionnel, le courtage culturel et la compréhension complète du diagnostic et du traitement sont essentiels. Comme le suggèrent Hyman et Bowen, la disponibilité et le financement de l'interprétation professionnelle devraient être considérés comme faisant partie d'une stratégie globale visant à assurer la sécurité des patients, les résultats pour les patients et la qualité des soins^{46, 47}. Les coûts initiaux de l'interprétation peuvent être récupérés ultérieurement grâce à l'amélioration de la conformité des patients, la diminution des admissions et/ou réadmissions à l'hôpital et/ou de la durée du séjour, les économies de temps du personnel et des médecins, le roulement du personnel et la réduction de l'utilisation des services d'urgence⁴⁸. De plus, Hyman indique que « les services d'accès linguistique semblent être plus efficaces et rentables lorsqu'ils sont organisés au niveau régional (plutôt qu'au niveau des installations)⁴⁹ ».

5.3. Assurer le recours à l'interprétation professionnelle

Même lorsque des interprètes professionnels sont disponibles, leurs services ne sont pas toujours utilisés. La littérature et la recherche sur le N4 montrent trois raisons principales à cette sous-utilisation : le coût prohibitif, la difficulté de réserver des services en temps opportun et le manque de formation des fournisseurs. Dowber et coll. rapportent, à partir de sources multiples, que « les raisons les plus fréquemment citées pour expliquer le faible recours à ces services comprennent les problèmes de coûts - comme le manque de mécanismes de remboursement - et la rapidité d'accès »⁵⁰. Dans cette section, nous donnons un aperçu de ces questions et présentons des recommandations pour réduire les obstacles à l'utilisation des services d'interprétation.

5.3.1. Coût

Un hôpital utilise un système automatisé pour informer les patients sur les directives de jeûne préopératoire. Ce système est présenté en français et en anglais. Les patients qui ne comprennent ni l'une ni l'autre de ces langues arrivent parfois à leur opération sans avoir suivi les directives. Lorsque cela se produit, l'opération doit être reportée, ce qui entraîne une perte de temps et de ressources et un stress supplémentaire pour le patient.

⁴⁴ Caitlin Murphy, « Speaking Freely: Position Paper ».

⁴⁵ Leah S. Karliner et autres, "Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature", *Health Services Research*, 42.2 (2007), 727-54 <<https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x>>.

⁴⁶ Ilene Hyman.

⁴⁷ Sara Bowen et autres, "From "Multicultural Health" to "Knowledge Translation"—Rethinking Strategies to Promote Language Access within a Risk Management Frame- work", *The Journal of Specialised Translation*, 14, 2010.

⁴⁸ Ilene Hyman.

⁴⁹ Ilene Hyman.

⁵⁰ Tatiana Dowbor et autres, "Shrinking the Language Accessibility Gap: A Mixed Methods Evaluation of Telephone Interpretation Services in a Large, Diverse Urban Health- care System", p. 2



L'évaluation des besoins N4 a révélé que même la perception d'une augmentation des coûts pourrait empêcher les fournisseurs de faire appel à l'interprétation des soins de santé. Dans certains cas, le fait que les fournisseurs doivent payer les frais d'interprétation de leur poche pourrait les dissuader d'accepter des patients dont la maîtrise de l'anglais ou du français est limitée⁵¹.

L'interprétation par téléphone peut être une option secondaire rentable lorsque l'interprétation en personne n'est pas disponible assez rapidement, ou dans la langue requise⁵². En évaluant le programme de services linguistiques des Réseaux locaux d'intégration de la santé de Toronto, Dowber et coll. ont constaté de façon concluante que lorsque les fournisseurs avaient accès à des services d'interprétation téléphonique professionnelle de haute qualité et à faible coût, il y avait « une diminution marquée de l'utilisation de stratégies ad hoc et non professionnelles »⁵³.

5.3.2. Défis administratifs

Une infirmière autorisée d'un hôpital a rapporté avoir vu qu'un patient était coincé au comptoir d'inscription parce qu'il ne trouvait pas de langue qu'il comprenait à l'écran d'enregistrement. L'infirmière autorisée a été en mesure de lui montrer comment scanner sa carte, de l'orienter vers la bonne clinique et de veiller à ce qu'un interprète puisse le rencontrer en personne. Elle s'est dit préoccupée par le fait que, si elle ne l'avait pas remarqué au comptoir, il aurait manqué son rendez-vous. La combinaison d'options linguistiques insuffisantes et d'un enregistrement en libre-service a créé un obstacle pour le patient qui ne pouvait même pas entrer à l'hôpital sans difficulté.

Une réflexion commune des participants à l'évaluation des besoins de N4 était que les professionnels de la santé étaient souvent démotivés pour utiliser des services d'interprétation, même lorsqu'ils étaient disponibles. L'enquête de suivi menée par le groupe de travail a fait écho à cette préoccupation, l'un des répondants écrivant : « Nous nous efforçons actuellement d'inciter les médecins de famille à utiliser la ligne d'interprétation qui est à leur disposition. [...] Il s'agit d'un droit fondamental, et la ressource est là pour être utilisée »⁵⁴. Dans la littérature, nous constatons que les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé se heurtent à des obstacles pour accéder aux services d'interprétation disponibles.

En général, les participants à l'enquête ont convenu que le processus de réservation d'un interprète pourrait être difficile à naviguer. Les membres du groupe de travail ont fait état de la question des fournisseurs d'interprétation multiples utilisés par une seule organisation, chacun ayant son propre processus de réservation. La centralisation du processus de réservation réduit ce défi administratif, ce qui permet aux fournisseurs de gagner du temps.

Dans certains cas, les fournisseurs craignent que le fait de travailler avec un interprète ne prolonge le rendez-vous d'une personne⁵⁵. Cependant, certaines données provenant des États-Unis suggèrent

⁵¹ Mariah Maddock et autres.

⁵² Un membre du groupe a déterminé que les choix économiques peuvent varier selon la longueur du rendez-vous. Si la durée du rendez-vous atteint un point de bascule, l'interprétation en personne devient le choix le plus économique.

⁵³ Tatiana Dowbor et autres.

⁵⁴ Thornton et coll., 2009

⁵⁵ Sondage N4.



que les fournisseurs peuvent percevoir un rendez-vous avec interprétation comme étant plus long, de sorte qu'il peut y avoir un biais en jeu⁵⁶. Un autre facteur à prendre en considération ici est que la probabilité réduite de rendez-vous répétés et de suivi en raison d'une mauvaise adhésion au traitement peut compenser les cas où les rendez-vous individuels prennent plus de temps.

5.3.3. Formation des fournisseurs

Une spécialiste de l'équité en santé a indiqué que la COVID-19 a créé des défis supplémentaires en ce qui concerne l'accès à l'interprétation. Elle explique que son organisation devait former et soutenir les fournisseurs au moyen d'une courbe d'apprentissage abrupte pour utiliser la technologie d'interprétation à distance. La planification, l'instabilité de la connexion Internet, le changement de réservation et la compréhension de la façon de guider les patients tout au long du processus étaient autant d'obstacles à une expérience d'interprétation positive. Plusieurs fournisseurs avaient chacun leur propre processus de réservation, politiques, numéros de téléphone et disponibilité linguistique. Le spécialiste a suggéré qu'un service centralisé simplifierait l'accès et le processus de formation des fournisseurs et offrirait l'accès à plus de langues.

Des études menées au Canada, aux États-Unis, en Suisse et en Australie ont toutes révélé que la formation des fournisseurs est essentielle pour accroître le recours à interprétation professionnelle⁵⁷,⁵⁸,⁵⁹. Les fournisseurs devraient être informés sur la façon et le moment pour réserver les services d'un interprète; de plus, Jaeger et coll. soulignent l'importance de former le personnel administratif pour qu'il puisse travailler efficacement avec les patients qui ont besoin d'interprétation⁶⁰. Cependant, Sarah Bowen met en garde contre le fait que la formation de qualité et efficace des fournisseurs ne doit pas se limiter « au simple partage d'information et les interventions éducatives »⁶¹.

Les fournisseurs devraient être considérés comme des alliés dans ce travail, et leurs besoins en tant qu'utilisateurs de services devraient être pris en considération. Une évaluation du programme de Toronto a suggéré que l'équipement d'interprétation téléphonique pouvait être difficile à utiliser et par conséquent constituer un obstacle. De plus, les fournisseurs étaient « parfois incertains de la préparation que les interprètes ont reçue pour le rôle, de leur connaissance de la terminologie médicale et de leur capacité à préserver la confidentialité ». Nous pouvons voir ici que les fournisseurs voulaient faciliter la communication entre eux et les patients, mais n'avaient pas toujours suffisamment de connaissances ou de confiance dans le service d'interprétation téléphonique disponible⁶². Laisser les fournisseurs choisir la meilleure modalité d'interprétation en fonction de la rapidité, de la préférence du patient, de la disponibilité des langues, de la technologie et de la formation nécessaires serait une considération importante dans l'établissement de services provinciaux centralisés.

⁵⁶ Sondage N4.

⁵⁷ Christine B. Phillips et autres, "Low Levels of Uptake of Free Interpreters by Australian Doctors in Private Practice: Secondary Analysis of National Data", *Australian Health Review*, 35,4 (2011), 475–79 <<https://doi.org/10.1071/AH10900>>.

⁵⁸ Fabienne N. Jaeger et autres, "Barriers to and Solutions for Addressing Insufficient Professional Interpreter Use in Primary Healthcare", *BMC Health Services Research*, 19,1 (2019), 753 <<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4628-6>>.

⁵⁹ CRICH Survey Research Units, "Reducing the Language Accessibility Gap: Language Service Toronto Program Evaluation Report" (St. Michael's Hospitals, 2014).

⁶⁰ Jaeger et autres

⁶¹ Sara Bowen, "The Changing Face of Manitoba: Considerations For Provincial Interpreter Services: Leading Practices, Building on Success", 2010.

⁶² CRICH Survey Research Units.



6. EXPÉRIENCES DE L'ÉTABLISSEMENT EN MATIÈRE D'INTERPRÉTATION DES SOINS DE SANTÉ

Au cours de l'analyse environnementale qui a précédé le présent exposé de position, peu de travaux formels ont été trouvés sur l'interprétation dans un contexte d'établissement. Dans l'ensemble, selon les évaluations des besoins de N4 et le réseautage dans le secteur, il est entendu que le fait de parler une langue fréquemment parlée par les personnes recherchant des services d'établissement constitue un atout important pour un agent d'intégration des immigrants. Les agents sont appelés à mobiliser non seulement leurs compétences linguistiques, mais aussi leurs connaissances culturelles, agissant souvent à titre d'interprètes ad hoc et de courtiers culturels pour leurs clients. En effet, le Conseil ontarien des organismes de service aux immigrants affirme que l'une des principales activités du personnel d'établissement consiste à « fournir des services d'interprétation et de traduction aux clients, au besoin »⁶³. Une enquête du gouvernement provincial sur les agents d'intégration des immigrants de l'ensemble de l'Ontario en 2000 a révélé que 68,7 % des agents d'intégration étaient des immigrants et que la majorité était bilingue ou multilingue. Tout en déclarant ces données, Koltermann et Scott ajoutent que « nous savons que la majorité des conseillers en établissement parlent la langue de leurs clients »⁶⁴. Le rapport d'évaluation de WeSpeak, une application d'interprétation lancée dans le sud-ouest de l'Ontario en 2020, établit un lien explicite entre les besoins de leurs clients en matière d'établissement et le besoin d'interprétation dans les soins de santé. Selon eux, « les services d'interprétation sont souvent offerts que par l'intermédiaire d'organismes de services aux immigrants et aux nouveaux arrivants, qu'ils n'ont pas été intégrés aux services de santé et qu'ils ne reçoivent pas de financement pour la santé. En outre, ces interprètes ne sont, en grande partie, pas formés dans le domaine de l'interprétation médicale. À cet égard, l'accès à la langue demeure un problème d'établissement et non un problème de santé, même si de nombreux patients ont besoin d'aide pour communiquer avec leurs fournisseurs pendant la majeure partie, voire la totalité, de leur vie »⁶⁵.

Les modèles d'interprétation dans l'établissement varient quelque peu d'un bout à l'autre du pays. L'une des méthodes de prestation de services par une organisation partenaire du N4 était une collaboration entre une organisation d'établissement et un hôpital « qui leur a permis l'accès au système de réservation interne de l'hôpital afin que les agents d'intégration puissent s'assurer que les interprètes étaient prévus au besoin pour les rendez-vous médicaux des clients, afin d'atténuer ce problème »⁶⁶. Certaines organisations d'établissement forment leurs traducteurs et interprètes à l'interne, mais ne les certifient pas. Access Alliance Multicultural Health et Community Services gère l'entreprise sociale Access Alliance Language Service. D'autres organisations font appel à des membres de la collectivité ayant de l'expérience en interprétation et en traduction pour répondre aux besoins linguistiques des clients d'établissement.

⁶³ Iren Koltermann et Daniel Scott, "The Competencies of Frontline Settlement Practitioners in Canada" (eCaliber Group, 2018), p. 13.

⁶⁴ Iren Koltermann et Daniel Scott, "The Competencies of Frontline Settlement Practitioners in Canada" (eCaliber Group, 2018), p. 39.

⁶⁵ WeSpeak, "Language Access Initiative: Rapport d'utilisation 1er avril 2020 – 31 mars 2021", 2021, p. 1.

⁶⁶ Julia Kurzawa, p. 11.



Les membres du groupe de travail N4 qui travaillaient dans le domaine de l'établissement avaient tendance à convenir que les besoins supplémentaires en matière d'interprétation étaient souvent comblés par des liens avec d'autres organismes communautaires. Les membres ont déclaré avoir travaillé avec d'autres organismes communautaires pour trouver du personnel parlant la langue requise, avant de faire appel à un service d'interprétation professionnelle, ce qui peut s'avérer coûteux. Certains services supplémentaires comme l'interprétation par téléphone ou RIO (en Ontario) sont à la disposition des organismes d'établissement. Les fournisseurs de services d'établissement reconnaissent que les agents d'intégration et les interprètes ad hoc ne sont pas toujours en mesure de faciliter l'interprétation professionnelle lorsqu'une langue ou des connaissances spécialisées sont requises, comme dans le cas de questions juridiques ou de soins de santé complexes.

Cependant, les professionnels de la santé ne semblent pas être aussi informés des différents types d'interprétation requis par les nouveaux arrivants et de la formation spécialisée nécessaire pour être un interprète professionnel de la santé. Cela a été soulevé dans le rapport d'évaluation des besoins de N4, dans lequel Maddock écrit : « Il y avait parfois un manque de compréhension concernant les soins de santé en raison de la différence entre les compétences linguistiques d'un agent d'intégration des immigrants et celles d'un interprète médical qualifié, ce qui a donné lieu à des demandes inappropriées pendant les visites accompagnées par le personnel d'établissement des soins de santé »⁶⁷. Les membres du groupe de travail ont confirmé que la confidentialité des patients était également compliquée par ces situations.

L'éducation a été considérée comme une recommandation essentielle pour améliorer la façon dont les services d'interprétation des soins de santé recourent l'établissement. Dans l'évaluation des besoins de N4, les fournisseurs ont signalé que « le manque de partenariats établis entre le secteur de la santé et celui de l'établissement constituait un obstacle à la prestation de soins de santé équitables aux nouveaux arrivants. Lorsque ces partenariats ont été préétablis, les nouveaux arrivants ont connu une transition plus harmonieuse entre les services »⁶⁸. À Winnipeg, un membre du groupe de travail a indiqué que la formation annuelle sur l'interprétation dans le domaine des soins de santé et l'établissement a permis de réduire le taux d'incidence des fournisseurs de soins de santé qui demandent aux agents d'intégration des immigrants d'interpréter. Un élément clé de cette formation est d'aider les agents d'intégration des immigrants à déterminer les limites de leur expertise et le soutien approprié. Il serait approprié pour un agent d'intégration d'interpréter dans des contextes tels que l'ouverture d'un compte bancaire ou le remplissage de documents gouvernementaux. Il ne serait pas approprié pour un agent d'intégration d'interpréter pendant un rendez-vous médical privé et confidentiel.

En effet, les discussions sur ce sujet avec les membres du groupe de travail des soins de santé, de l'établissement et de l'éducation ont permis de constater que de nombreux clients hésitent à faire participer leur agent d'intégration à leurs soins de santé ou à l'éducation de leurs enfants. Par conséquent, dans une situation de justice ou de soins de santé, l'agent d'intégration devrait savoir qu'il doit demander une interprétation professionnelle externe à son client.

⁶⁷ Julia Kurzawa, p. 10.

⁶⁸ Mariah Maddock et autres, « Newcomer Navigation from Coast to Coast: A Pan-Canadian Needs Assessment. Final Technical Report » (National Newcomer Navigation Network, 2022), p. 17.



Un deuxième élément important de la formation est d'éduquer les fournisseurs de services médicaux sur la façon de travailler efficacement avec les interprètes. Au Manitoba, cela fait maintenant partie du programme d'études des étudiants en médecine et en soins infirmiers et des adjoints aux médecins; les stagiaires sont exposés très tôt au concept d'interprétation, ainsi qu'à des orientations et des exemples réguliers en milieu clinique. En travaillant de façon intersectorielle avec les organismes d'établissement et d'autres organismes communautaires, les fournisseurs de soins de santé peuvent mieux comprendre quand et comment utiliser les services d'interprétation. Les agents d'intégration et les travailleurs de l'éducation peuvent travailler de façon productive avec les fournisseurs de soins de santé pour cerner les cas où une interprétation spécialisée des soins de santé est nécessaire. Les frontières professionnelles des agents d'intégration peuvent être respectées avec l'aide des travailleurs de la santé, ce qui permet aux nouveaux arrivants de vivre des expériences meilleures et plus habilitantes.



7. RECOMMANDATIONS

En réponse aux défis décrits dans ce document, les recommandations suivantes ont été rassemblées à partir de sources existantes et validées par le Groupe de travail sur l'accès à l'interprétation N4.

7.1.1. Niveau fédéral

Élaborer et mettre en œuvre des normes nationales pour les interprètes professionnels⁶⁹.

7.1.2. Niveau provincial

Établir des modèles de financement pour l'interprétation professionnelle afin d'appuyer tous les organismes de soins de santé, de la promotion de la santé aux soins tertiaires⁷⁰.

Créer des modifications législatives et des politiques qui assurent l'utilisation de l'interprétation professionnelle dans les soins de santé⁷¹.

Établir l'accès à l'interprétation professionnelle selon le principe du recouvrement des coûts pour les sites, les programmes et services non liés à la santé, p. ex. les services sociaux, la justice et l'éducation⁷².

7.1.3. Niveau régional ou niveau des systèmes

Établir des politiques, des procédures et des pratiques officielles concernant l'accès à l'interprétation comme élément clé de l'équité en santé pour les nouveaux arrivants, y compris des stratégies de perfectionnement professionnel et de communication à l'appui de sa mise en œuvre⁷³.

Promouvoir l'embauche équitable en considérant les langues non officielles comme un atout⁷⁴.

Créer des politiques qui reconnaissent l'interprétation de la santé comme un service « médicalement nécessaire », en respectant les droits linguistiques des minorités pour les résidents qui ne maîtrisent pas une langue officielle⁷⁵.

Envisager de former des diplômés internationaux en médecine vivant au Canada, mais ne travaillant pas dans leurs domaines d'études, pour les qualifier comme interprètes médicaux et éducateurs en santé⁷⁶.

69 Caitlin Murphy, « Speaking Freely: A Case for Professional Health Interpretation in London, Ontario ».

70 Caitlin Murphy, « Speaking Freely: A Case for Professional Health Interpretation in London, Ontario ».

71 Caitlin Murphy, « Speaking Freely: A Case for Professional Health Interpretation in London, Ontario ».

72 Sara Bowen et autres.

73 Caitlin Murphy, « Speaking Freely: A Case for Professional Health Interpretation in London, Ontario ».

74 Caitlin Murphy, « Speaking Freely: A Case for Professional Health Interpretation in London, Ontario ».

75 Caitlin Murphy, « Speaking Freely: A Case for Professional Health Interpretation in London, Ontario ».

76 Caitlin Murphy, « Speaking Freely: A Case for Professional Health Interpretation in London, Ontario ».



BIBLIOGRAPHIE

- Benjamin, Joseph, Vincent Girard, Shabana Jamani, Olivia Magwood, Tim Holland, Nazia Sharfuddin, et autres, « Access to Refugee and Migrant Mental Healthcare Services during the First Six Months of the COVID-19 Pandemic: A Canadian Refugee Clinician Survey », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18.10 (2021) <<https://doi.org/10.3390/ijerph18105266>>
- Caitlin Murphy, « Speaking Freely: A Case for Professional Health Interpretation in London, Ontario » (London and Middlesex Local Immigration Partnership, 2015)
- , « Speaking Freely: Position Paper » (London and Middlesex Local Immigration Partnership, 2017)
- Clark, Nancy, « Exploring Community Capacity: Karen Refugee Women’s Mental Health », *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 11.4 (2018), 244–56 <<https://doi.org/10.1108/IJHRH-02-2018-0025>>
- CRICH Survey Research Units, « Reducing the Language Accessibility Gap: Language Service Toronto Program Evaluation Report » (St. Michael’s Hospitals, 2014)
- Diamond, Lisa C., Yael Schenker, Leslie Curry, Elizabeth H. Bradley, et Alicia Fernandez, « Getting By: Underuse of Interpreters by Resident Physicians », *Journal of General Internal Medicine*, 24,2 (2009), 256–62 <<https://doi.org/10.1007/s11606-008-0875-7>>
- Flores, Glenn, Milagros Abreu, Cara Pizzo Barone, Richard Bachur, et Hua Lin, « Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences: A Comparison of Professional versus AdHoc versus No Interpreters », *Journal of the American College of Emergency Physicians*, 60.5 (2012), 545–53 <<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.01.025>>
- Glenn Flores, « The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Healthcare: A Systematic Review », *Medical Care Research and Review*, 62.3 (2005), 255–99 <<https://doi.org/10.1177/1077558705275416>>
- Gouvernement de l’Ontario, « Human Rights Code, R.S.O. www.ontario.ca/ 1990, ch. H.19 », Ontario, Ca, 2014 <<https://www.ontario.ca/lois/statut/90h19>> [consulté le 28 février 2022]
- Gouvernement du Canada, « The Canadian Charter of Rights and Freedoms » (Gouvernement du Canada, 2006) <<https://www.justice.gc.ca/eng/csjsjc/rfc-dlc/ccrf-ccd/checked/art14.html>>
- Ilene Hyman, “Literature Review: Costs of Not Providing Interpretation in Healthcare” (Access Alliance Multicultural Health and Community Services, 2009)
- Iren Koltermann et Daniel Scott, « The Competencies of Frontline Settlement Practitioners in Canada » (eCaliber Group, 2018)
- Jaeger, Fabienne N., Nicole Pellaud, Bénédicte Laville, et Pierre Klauser, « Barriers to and Solutions for Addressing Insufficient Professional Interpreter Use in Primary Healthcare », *BMC Health Services Research*, 19,1 (2019), 753 <<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4628-6>>



- Karliner, Leah S., Elizabeth A. Jacobs, Alice Hm Chen, et Sunita Mutha, « Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature », *Health Services Research*, 42.2 (2007), 727–54 <<https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x>>
- Kickbusch, I. S., « Health Literacy: Addressing the Health and Education Divide », *Health Promotion International*, 16.3 (2001), 289–97 <<https://doi.org/10.1093/heapro/16.3.289>>
- Laura Simich, « Health Literacy and Immigrant Populations » (Agence de la santé publique du Canada, 2009)
- Julia Kurzawa, Christine Kouri, et Sahar Zohni, « Navigation des nouveaux arrivants d'un océan à l'autre : Rapport sur la sensibilisation et les visites de sites de N4 » (Réseau national de navigation pour nos nouveaux arrivants, 2019)
- Mariah Maddock, Kimberley DeLaunay, Christine Kouri, et Sahar Zohni, « Navigation des nouveaux arrivants d'un océan à l'autre pendant une double pandémie : Rapport sur la sensibilisation et les visites de sites de N4 ». Final Technical Report » (Réseau national de navigation pour nos nouveaux arrivants, 2022)
- Melinda McPherson, *Refugee Women*, « Representation et Education : Creating a Discourse of s » (Routledge, 2015) <<https://www.routledge.com/Refugee-Women-Representation-and-Education-Creating-a-discours-of-self-authority/McPherson/p/book/9781138703339>> [consulté le 22 mars 2022]
- Mitschke, Diane B., Regina T. P. Aguirre, et Bonita Sharma, « Common Threads: Improving the Mental Health of Bhutanese Refugee Women through Shared Learning », *Social Work in Mental Health*, 11.3 (2013), 249–66 <<https://doi.org/10.1080/15332985.2013.769926>>
- Nancy Clark et Bilkis Vissandjée, « Exploring Intersectionality as a Policy Tool for Gender Based Policy Analysis: Implications for Language and Health Literacy as Key Determinants of Integration », in *Palgrave Handbook of Intersectionality in Public Policy* (Palgrave Macmillan, 2019), pp. 603–23
- Nishi Kumar, Nazeefah Laher, Anjum Sultana, et Anjana Aery, 'The Right to Language Accessibility in Ontario's Healthcare System' <<https://www.wellesleyinstitute.com/health/the-right-to-language-accessibility-in-ontarios-health-care-system/>>
- Olena Hankivsky et Anuj Kapilashrami, « Beyond Sex and Gender Analysis: An Intersectional View of the COVID-19 Pandemic Outbreak and Response » (National Collaborating Centre for Déterminants of Health) <<https://nccdh.ca/resources/entry/beyond-sex-and-gender-analysis-an-intersectional-view-of-the-covid-19->> [consulté le 8 mars 2022]
- Phillips, Christine B., Joanne Travaglia, Christine B. Phillips, et Joanne Travaglia, « Low Levels of Uptake of Free Interpreters by Australian Doctors in Private Practice: Secondary Analysis of National Data », *Australian Health Review*, 35,4 (2011), 475 –79 <<https://doi.org/10.1071/AH10900>>
- Sara Bowen, « Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé » (Santé Canada, 2001)
- , 'The Changing Face of Manitoba: Considerations For Provincial Interpreter Services: Leading Practices, Building on Success', 2010
- Sara Bowen, Michelle Gibbens, Jeannine Roy, et Jeanette Edwards, « From "Multicultural Health" to



“Knowledge Translation”—Rethinking Strategies to Promote Language Access within a Risk Management Framework », *The Journal of Specialised Translation*, 14, 2010

Setareh Rouhani, « Refugee Healthcare in British Columbia : Health Status and Barriers for Government Assisted Refugees in Accessing Healthcare » (Université de Colombie-Britannique, 2011) <<https://doi.org/10.14288/1.0072326>>

Sultana, Anjum, Anjana Aery, Nishi Kumar, et Nazeefah Laher, « Language Interpretation Services in Health Care Settings in the GTA », 17

Tatiana Dowbor, Suzanne Zerger, Cheryl Pedersen, Kimberly Devotta, Rachel Solomon, Kendyl Dobbin, et autres, « Shrinking the Language Accessibility Gap: A Mixed Methods Evaluation of Telephone Interpretation Services in a Large, Diverse Urban Healthcare System »

UNESCO, « Los Pinos Declaration [Chapoltepek] – Making a Decade of Action for Indigenous Languages: Outcome Document of the High-Level Event “Making a Decade of Action for Indigenous Languages” on the Occasion of the Closing of the 2019 International Year of Indigenous Languages, 27-28 February 2020 Mexico City, Mexico - UNESCO Digital Library » <<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374030>> [consulté le 26 janvier 2022]

WeSpeak, « Language Access Initiative: Utilization Report 1er avril 2020 – 31 mars 2021 » (WeSpeak, 2021)

Wilson, Elisabeth, Alice H. M. Chen, Kevin Grumbach, Frances Wang, et Alicia Fernandez, « Effects of Limited English Proficiency and Physician Language on Healthcare Comprehension », *Journal of General Internal Medicine*, 20.9 (2005), 800–806 <<https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0174.x>>

Yehekel, Ariel, et Shail Rawal, « Exploring the “Patient Experience” of Individuals with Limited English Proficiency: A Scoping Review », *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21.4 (2019), 853–78 <<https://doi.org/10.1007/s10903-018-0816-4>>

Yue Bo Yang, « Trust in Translation », *CMAJ*, 192.39 (2020) <<https://doi.org/10.1503/cmaj.201499>>

Zanchetta, Margareth Santos, Margot Kaszap, Mohamed Mohamed, Louise Racine, Christine Maheu, Diana Masny, et autres, « Construction of Francophone Families » *Health Literacy in a Linguistic-Minority Situation*, *Alterstice - Revue Internationale de La Recherche Interculturelle*, 2,2 (2012), 47–62



EXPOSÉ DE POSITION DU GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ACCÈS À L'INTERPRÉTATION

Ce groupe de travail s'est réuni tous les mois de novembre 2021 à mars 2022 et a rédigé un exposé de position sur l'interprétation, afin demander une approche d'interprétation qui peut être mise en œuvre à l'échelle nationale pour assurer un accès et des expériences équitables en matière de services de santé et de services sociaux.

Merci aux membres suivants du groupe de travail de la CdP :

Nom	Titre du poste	Organisation	Lieu
Tim Holland - coresponsable	Médecin	Clinique de santé des nouveaux arrivants, Nouvelle-Écosse	Halifax (Nouvelle-Écosse)
Allana Carlyle - coresponsable	Gestionnaire, Accès aux langues et équité	Office régional de la santé de Winnipeg	Winnipeg, Manitoba
Teresa Burke	Directrice du soutien linguistique	MANSO- Manitoba Association of Newcomer Serving Organizations	Manitoba
Rama Musharbash-Kovacsi	Ambassadrice de la collectivité, étudiante du programme en ligne de l'Université N4 Saint-Paul	Conseil scolaire de district catholique de Windsor-Essex	Windsor, Ontario
Carolyn Beukeboom	Infirmière praticienne	Centre for Family Medicine- Refugee Health Clinic	Kitchener, Ontario
Christina Ugge	Coordonnateur de programme bilingue	Coordination nationale des services de soutien à la clientèle, YMCA-RGT	Toronto, Ontario
Emily Mooney	Chef de projet, Programme de connaissances communautaires	Wellesley Institute	Toronto, Ontario
Meghan Beatty	Gestionnaire, Connexions communautaires	Quinte Immigration Services	Belleville, Ontario
Jill Ritchie	Coordonnateur de projet Politique de santé	Excellence en santé Canada	Canada
Gracie Li	Coordonnatrice, Accès à la langue	Office régional de la santé de Winnipeg	Winnipeg, Manitoba
Fatemeh Yousef Zadeh	Chef d'équipe Santé et bien-être	Calgary Catholic Immigration Society	Calgary, Alberta
Leo Edwards, Ph.D, RSW	Gestionnaire, Services d'interprétation du CAMH	CAMH : Centre de toxicomanie et de santé mentale	Canada
Vanessa Reddit	MD, médecin de famille, chargée de cours clinique, Université de Toronto	Crossroads Clinic, Women's College Hospital, Université de Toronto	Toronto, Ontario
Maria D'Souza	Assistante de projet	London Middlesex Local Immigration Partnership Project	London, Ontario
Nesma El Shazly	Analyste des politiques et associée de recherche	Université de Calgary	Calgary, Alberta



Morgane Dunot	Coordonnatrice de programme bilingue	Local Immigration Partnership, County of Simcoe LIP	Simcoe, Ontario
Nancy Clark	Professeur adjoint, Faculté du développement humain et social, École des sciences infirmières	Université de Victoria	Victoria, Colombie-Britannique
Jill Sangha	Spécialiste de l'équité en santé et de l'inclusion	London Health Sciences Centre -	London, Ontario