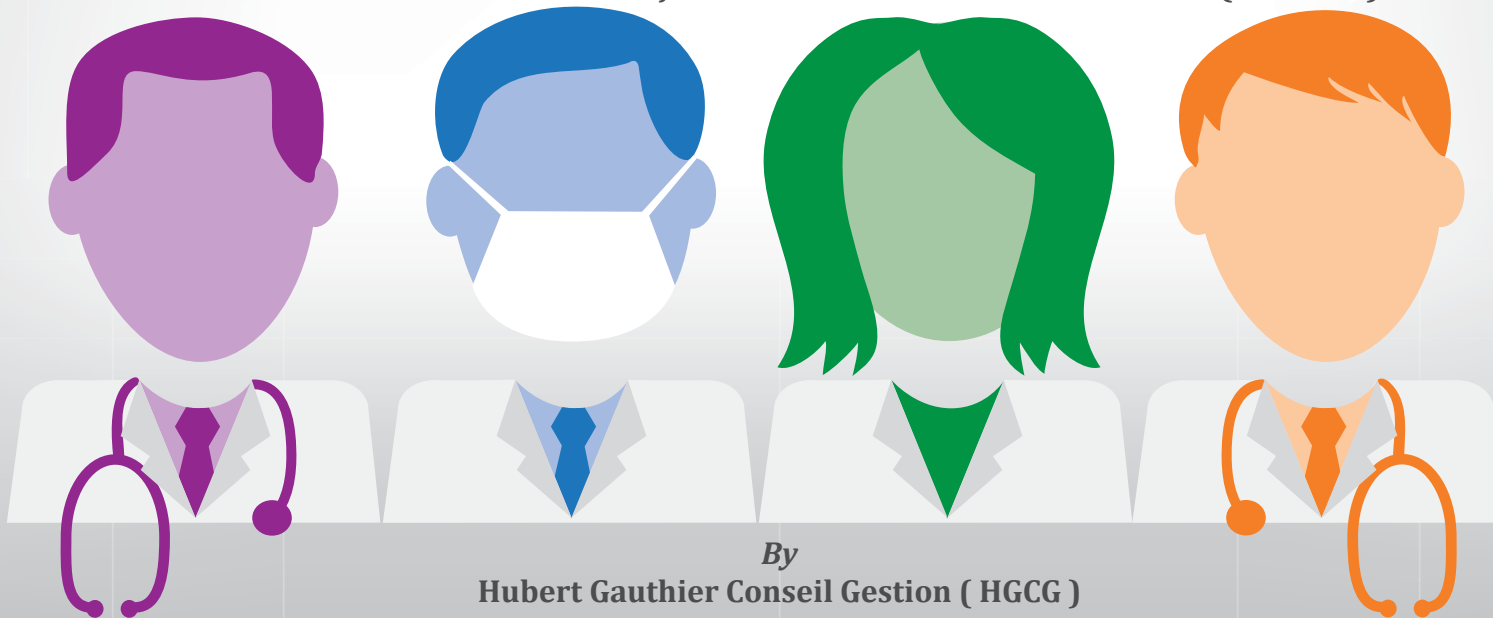


Clear communication in health care – we all win.

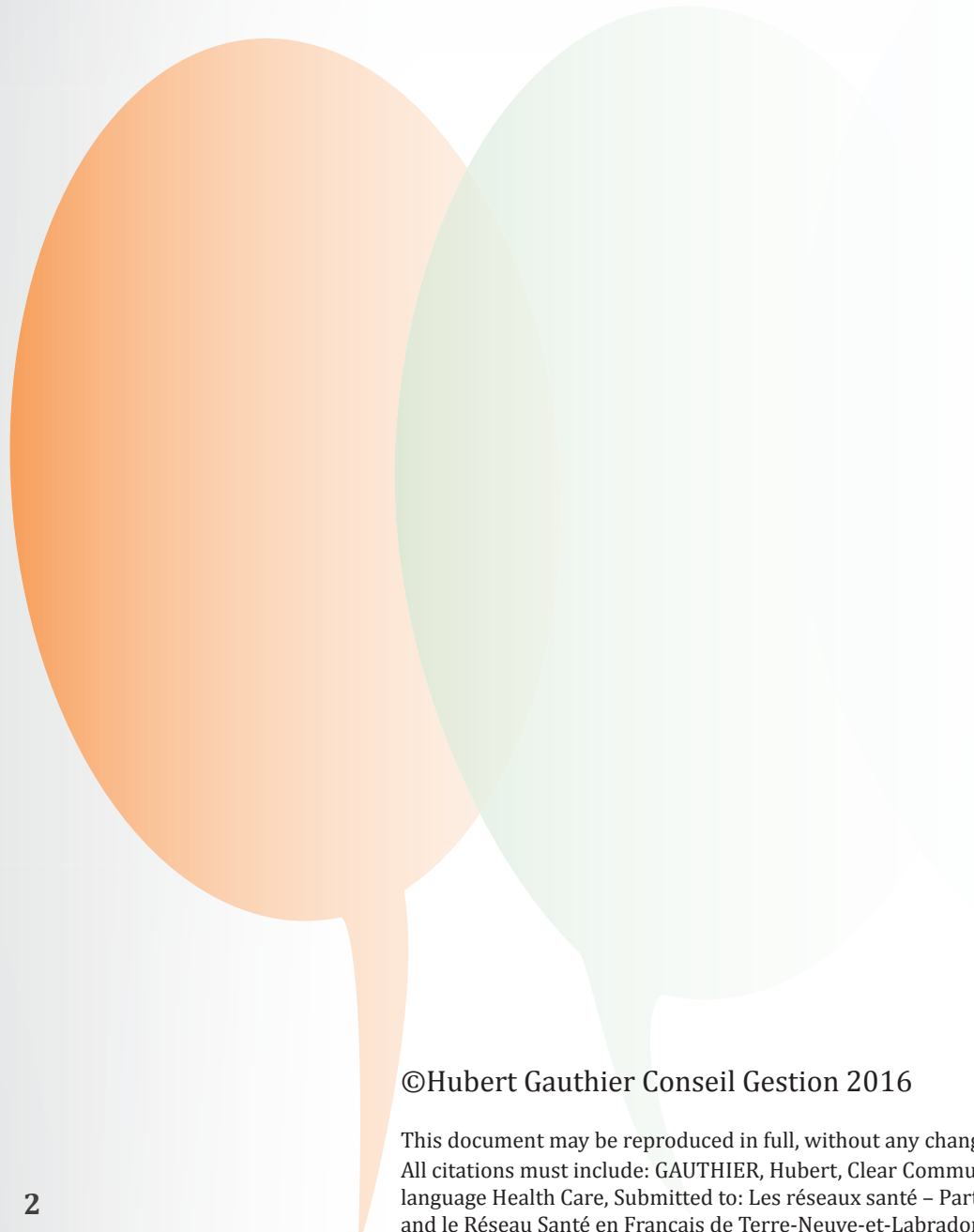
**A Business Case for Quality French-Language Health Care
Translation-Interpretation and Navigation Services as Transitional Solutions.**

Submitted to:

**Les réseaux santé – Partenariat Communauté en santé du Yukon (PSC)
and le Réseau Santé en Français de Terre-Neuve-et-Labrador (RSFTNL)**



By
Hubert Gauthier Conseil Gestion (HGCG)



©Hubert Gauthier Conseil Gestion 2016

This document may be reproduced in full, without any changes, removal of a section, or additions, with prior approval from the authors. All citations must include: GAUTHIER, Hubert, Clear Communication in Health Care — We all Win — A Business Case for Quality French-language Health Care, Submitted to: Les réseaux santé – Partenariat Communauté en santé du Yukon (PSC) and le Réseau Santé en Français de Terre-Neuve-et-Labrador (RSFTNL), 24 pages.

Table of Contents

Executive Summary

4

Introduction

8

1. Background and components of an effective system

8

1.1 Background information on French-language health care services

8

1.2 Components of an effective system

9

2. Impacts and implications of French-language health care services

10

2.1 Relationship between linguistic competence and the quality of health care and services

10

2.2 Direct impact on health care

12

3. Range of options for the provision of French Language Health Services

13

4. Translation-interpretation and navigation services

16

4.1 Translation-interpretation

16

4.1.1 *Models, advantages and modèles, leurs avantages and disadvantages*

16

4.1.2 *Benefits of interpreting*

18

4.1.3 *Winning conditions and warnings*

18

4.1.4 *Best practices*

18

4.2 Navigation

19

4.2.1 *What is navigation of health care systems?*

19

4.2.2 *Navigation of health care systems: the concept*

19

4.2.3 *Models of health care system navigation (Bowes, 2010)*

20

5. Francophone demographics and services in the Yukon and Newfoundland and Labrador

22

5.1 Newfoundland and Labrador

22

5.2 Yukon

23

Conclusion

24

Executive Summary

Introduction

The Francophone health care networks of the Yukon (PCS) and Newfoundland and Labrador (RSFTNL) have elected to put together a business case for the importance of linguistic and cultural competence targeting translation-interpretation and navigation services as transitional solutions.

1. Background and components of an effective system

1.1 Background information on French-language health care services

Since the early 2000s, many reports, studies and research projects provide insight into the challenges and issues surrounding the access to and the quality of French-language health care services which is one of the leading concerns of Francophone minority communities.

In Canada, between 50% and 55% of Francophones in minority communities often have little or no access to health services in their mother tongue.

1.2 Components of an effective system

Developing an efficient system for accessing French-language health services involves four components:

1. *Clinical component*: refers to the relationship between the patient and health care professional.
2. *Organizational component*: refers to the variables relating to health care organization management.
3. *System component*: i.e. (1) the health care system, and more generally (2) the social system and cultural characteristics of the affected communities.
4. *Community component*: refers to the community's organization and its members' involvement.

The complexity of the problem involves many levels of responsibility that extend far beyond the individual responsibility of health and social services providers.

2. Impacts and implications of French-language health care services

There is a relationship between linguistic competence and the overall quality of health care and services.

"language and cultural barriers have adverse effects on access to health care, quality of care, rights of patients, patient and provider satisfaction, and most importantly, on patient health outcomes. There is also evidence that language barriers contribute to inefficiencies within the health system."¹

This means that to provide quality service to minority populations, it is essential that linguistic competence be integrated at all levels of the system, including policies, programs and resource allocation.

2.2 Direct impact on health care

¹ BOWEN, Sarah (2000). *Introduction to Cultural Competence in Pediatric Health Care*, Prepared for Health Canada, Government Services Canada.

Sarah Bowen's studies have also shown the direct impact that health care services not in the patient's mother tongue can have. This includes reduced recourse to preventive services, increased consultation time, increased number of diagnostic tests, likelihood of diagnostic and treatment errors, reduced probability of treatment compliance, reduced satisfaction with the care and services received, reduced quality of care and outcomes as well as increased costs for the system.

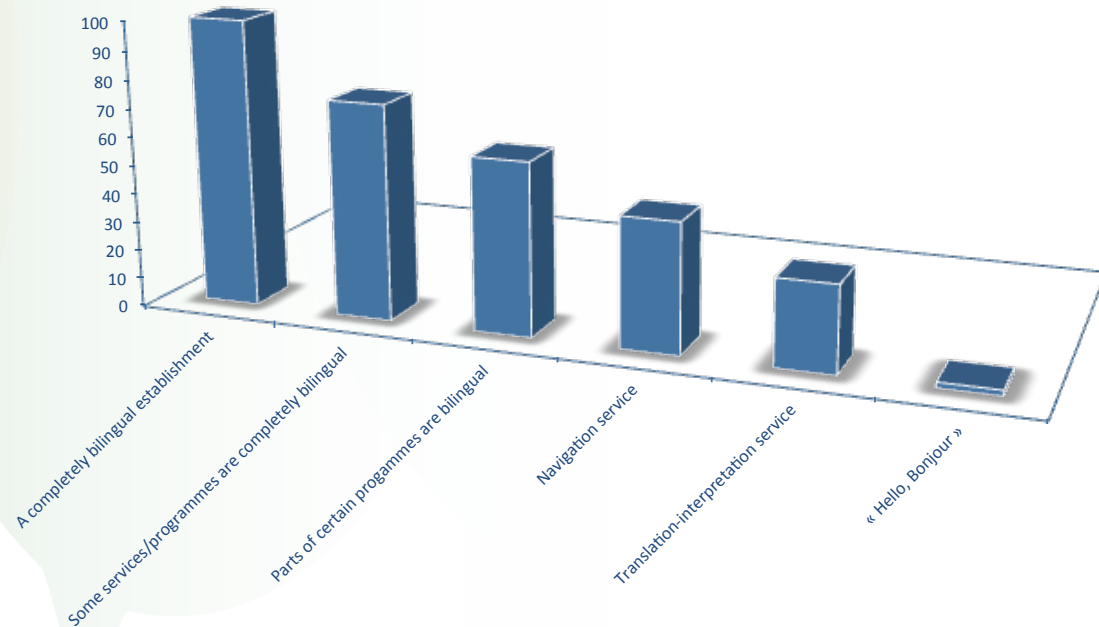
It is clear that failure to provide services to clients in their mother tongue runs counter to the public good.

3. Range of options for the provision of French Language Health Services

All solutions aiming to guarantee access to services in French are not applicable in all situations. Small population numbers and population density are factors that limit the number of possible solutions.

Here are the various possible services and where translation-interpretation and navigation fit in.

Please see the following for the various possible options and where translation-interpretation and navigation services fit in.



4. Translation-interpretation and navigation services

There is a difference between a translation-interpretation service and a navigation service.

4.1 Translation-interpretation

Translation-interpretation allows for a bilingual person to serve as an interpreter and intermediary between the health professionals and the client/patient.

Only trained interpreters are used. Family and friends are used only at a user's request. Employees may do interpreting only if they have suitable training and there is a particular situation, such as an emergency.

Although the use of interpreters is not the answer to every problem, it can be a beneficial transitional strategy given the resource limitations of certain situations.

4.2 Navigation

Navigation maximizes service benefits by helping the client navigate the complex world of health services thus simplifying access to care.

There are different navigation models that range from ideal to satisfactory: clinical and non clinical professional navigation, non-professional navigation by peers or volunteers, self navigation and navigation based on a population approach.

Navigation can be seen as a very effective supplement to a translation-interpretation service.

5. Francophone demographics and services in the Yukon and Newfoundland and Labrador

5.1 Newfoundland and Labrador

The Francophone population of Newfoundland and Labrador went from 2,225 in 2006 to 3,015 in 2011, an increase of 36% compared to a 2% increase in the total population of the province.

The majority of Newfoundland and Labrador Francophones reside in four census divisions where they are not only quite dispersed but represent a very small percentage of the total population.

In spite of this, recent demographic data support efforts by the RSFTNL to improve the interpretation and navigation services in French in the health care field.

Furthermore, the goal of the Government Policy for Services in French is to adopt a uniform and coordinated approach with regards to French language services provided by all Provincial Government sectors.

5.2 Yukon

In recent years, the total Yukon population went from 30,372 to 33,897, an increase of 11.6% as compared to a 5.9% national average, the highest population increase for any province or territory in Canada. Francophones account for 5% of the Yukon population.

The Francophone population is mainly concentrated in the Whitehorse region where 82% of Francophones live. Almost all census regions have, however, noted an increase of the Francophone population.

This important change in demographics supports efforts by the PCS to improve health care interpretation and navigation services in French in order to respond adequately to the needs of the Francophone population of the territory.

Furthermore, the fact that Yukon language law considers French an official language will facilitate the adoption of a uniform and

coordinated approach in the provision of French language services within the entire territorial Government.

Conclusion

The language of communication is an important factor in health care.

Solutions vary and do not all have the same overall efficiency.

Realistically, all solutions do not fit all situations.

In the Yukon and Newfoundland and Labrador, translation-interpretation and navigation services may be appropriate transitional solutions.

To produce satisfactory results, these solutions must not be improvised, but applied according to proven best practices.

However, better solutions exist that can be adapted to local situations.

Introduction

The Francophone health care networks of the Yukon (PCS) and Newfoundland and Labrador (RSFTNL) have elected to join forces to develop tools to convince the various participants and decision makers of their respective health care systems to improve health care access in the French language.

Taking the lead, these two networks have chosen to build a business case for the importance of linguistic and cultural competence targeting translation-interpretation and navigation services as transitional solutions.

1. Background and components of an effective system

1.1 Background information on French-language health care services

Since the early 2000s, researchers and organizations across Canada have been focusing more closely on access to and the quality of French-language health care services. Every year, many reports, studies and research projects are published on the subject and provide insight into the challenges and issues surrounding this topic, which is one of the leading concerns of Francophone minority communities.²

Despite the efforts and actions undertaken, the Fortier and Gauthier report (2001) stated “that between 50% and 55% of Francophones in minority communities often have little or no access to health services in their mother tongue.”³

In the United States, the issue of linguistic and cultural competence has grown significantly, particularly since the early 1990s. Long before that, the government had found significant disparities between minority populations and the white English-speaking majority. Thus, for more than 20 years, the government has been implementing many programs and requiring that the health community develop these competencies and continuously improve the quality of the care services provided to these populations. Federal organizations such as the Office of Minority Health, The Center for Linguistic and Cultural Competence in Health Care and the National Center on Minority Health and Health Disparities are responsible for monitoring changes in disparities and developing solutions to improve the situation. National standards have also been introduced and government funding is conditional on meeting them. Thus, as mentioned in the Aucoin report, “In the United States, the concept of cultural competence has grown from an interpersonal dimension to an organizational and systemic dimension.”⁴

Given the context described above, it seems inappropriate at this stage, to gather all the arguments and strategies from the studies, research and projects published to date. The field experience of many who have worked and continue to work on implementing quality French-language health care through Francophone minority communities across Canada will complement the information gathered. We believe that this rationale will help establish this common vision.

² FORTIER, Marie E. and GAUTHIER, Hubert (2001). Report submitted to the Federal Minister of Health, Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities.

³ FORTIER, Marie E. and GAUTHIER, Hubert (2001). Report submitted to the Federal Minister of Health, Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities, p. 3.

⁴ AUCOIN, Léonard. (2008) Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé, Analyse critique de la littérature, [Linguistic and cultural competence in health care organizations, Critical analysis of the literature] Submitted to Société Santé en français. p. 5.

1.2 Components of an effective system

Component	Description	Characteristics	Responsibilities
Clinical	- Patient – health care professional relationship - Interpersonal communication - Clinical decision-making process - Patient – provider trust	- Self-awareness and awareness of one's personal value system - Understanding the concept of culture - Sensitivity to cultural issues - Comprehension and ability in using specific methods to deal with cultural issues - Excellent understanding of one's own culture	- Develop attitudes, behaviours and knowledge that create a quality therapy relationship
Organization	- Health care organization management - Board leadership - Strategic priorities - Service planning - HR allocation and finance	- Active community representation and participation at all levels - Integration of linguistic competence within the organization's systems - Adopting a gradual approach to change - Leaders' commitment - Continuing education	- Establish an environment, policies, resources and training to provide appropriate services - Implement policies and a learning environment that recognize the role of linguistic competence
System	- Health system and social system - Government bodies (departments and agencies) - Health policies - Social policies	- Valuing diversity - Ability to assess oneself - Awareness of the specific intercultural dynamics - Institutionalization of knowledge of cultures - Adapting to the cultural needs of clients	- Introduce expertise, resources, policies and reporting methods for the organizations within the system
Community	- Level of community organization - Defending one's rights - Involvement of its members	- Bridge between the system, the organizations and the community - Proactive representatives - Involvement in committees - Knowing and asserting their rights	- Manage one's own development - Contribute to the development of linguistic competence - Participate in the system

Highlights...

Developing an efficient health care system requires action at all levels of the system: at the individual, organizational, systemic and community levels, each of which has specific responsibilities to fulfil.

2. Impacts and implications of French-language health care services

This section seeks to show the relationship between linguistic competence and the overall quality of health care and services, and describe the main arguments for developing access to French-language health care for Francophone minority communities.

2.1 Relationship between linguistic competence and the quality of health care and services

Studies conducted by renowned Canadian researcher Sarah Bowen have shown that “language and cultural barriers have adverse effects on access to health care, quality of care, rights of patients, patient and provider satisfaction, and most importantly, on patient health outcomes. There is also evidence that language barriers contribute to inefficiencies within the health system.”⁵

As mentioned in the Aucoin report (2008),⁶ a Commonwealth Fund report⁷ uses the six principles of quality health care recognized by the Institute of Medicine (IOM) to illustrate how linguistic competence is related to quality of care:

Principles of quality	Relationship with linguistic competence
<i>Safety</i>	Patient safety is not solely about not making errors in care delivery (such as administering the wrong medication or dosage). It also entails avoiding misdiagnosis, protecting patients from exposure to unnecessary risks and ensuring that the patient can provide informed consent. Hence the importance of clear communication between health professionals and patients, taking into account their language and culture. The professional–patient relationship must ensure that the words are clearly understood as well as the context and impact of diagnosis and treatment decisions. Developing linguistic and cultural competence, both in terms of health professionals and health organizations, is essential to allowing patients to participate in safe clinical decision-making.

⁵ BOWEN, Sarah (2000). *Introduction to Cultural Competence in Pediatric Health Care*, Prepared for Health Canada, Government Services Canada.

⁶ AUCOIN, Léonard (2008). *Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé, Analyse critique de la littérature, [Linguistic and cultural competence in health care organizations, Critical analysis of the literature]* Submitted to Société Santé en français.

⁷ BETANCOURT, J.R. (2006). *Improving Quality and Achieving Equity: The Role of Cultural Competence in Reducing Racial and Ethnic Disparities in Health Care*, The Commonwealth Fund.

<i>Effectiveness</i>	Two aspects of cultural competence can play a role in improving the effectiveness of care, according to Betancourt. First, care systems need access to information systems to enable them to detect care and health disparities based on the linguistic and cultural characteristics of populations. Second, effective care requires that health care providers be able to ascertain patient preferences and values.
<i>Patient-centeredness</i>	According to the IOM, compassion, empathy, responsiveness to the needs, values and preferences of the individual patient are the hallmarks of patient-centeredness. Betancourt emphasized that these attitudes and skills are also central to linguistic and cultural competence.
<i>Equity</i>	The IOM states that an equitable health system must provide care that does not vary because of personal characteristics such as gender, language, ethnicity, culture, geographic location or socioeconomic status.
<i>Timeliness</i>	Betancourt acknowledges that linguistic and cultural barriers may contribute to increased length of stay in the hospital or longer wait times for scheduling a doctor's appointment or for accessing services in a hospital emergency department." ⁸
<i>Efficiency</i>	

Thus, the issue of linguistic competence is “a fundamental issue of accessibility, safety, quality and equity of services.”⁹ This means that to provide quality service to minority populations, it is essential that linguistic competence be integrated at all levels of the system, including policies, programs and resource allocation.

Highlights...

Linguistic competence comes down to providing quality services to the population. This issue must not be considered separately and seen as a privilege claimed by minorities, “but as a fundamental issue, identified by the recognition of a right to equitable, accessible and quality health care.”

⁸ AUCOIN, Léonard (2008). *Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé, Analyse critique de la littérature, [Linguistic and cultural competence in health care organizations, Critical analysis of the literature]* Submitted to Société Santé en français.

⁹ Idem

2.2 Direct impact on health care

Sarah Bowen's studies have also shown the direct impact that health care services in the patient's mother tongue can have. This includes:

Impact	Argument
<i>Reduced recourse to preventive services</i>	"There is compelling evidence that language barriers have an adverse effect on initial access to health services. These barriers are not limited to encounters with physician and hospital care. Patients face significant barriers to health promotion/prevention programs: there is also evidence that they face significant barriers to first contact with a variety of providers." ¹⁰
<i>Increased consultation time, number of diagnostic tests and likelihood of diagnostic and treatment errors.</i>	"The literature review suggests that there are many intermediate effects (such as delays in seeking care, and reduced comprehension and compliance). Language barriers have been associated with increased risk of hospital admission, increased risk of intubation for asthmatics, differences in prescribed medication, greater number of reported adverse drug reactions, and lower rates of optimal pain medication." ¹¹
<i>Reduced probability of treatment compliance</i>	"A review of the literature reveals consistent and significant differences in patients' understanding of their conditions and compliance with treatment when a language barrier is present. Findings from these studies are consistent with general research on provider-patient communication, which finds that communication is a key factor in patient adherence to the treatment plan." ¹²
<i>Reduced satisfaction with the care and services received</i>	"A number of studies have examined different aspects of patient satisfaction with care. Patients who do not speak the same language as their health care providers consistently report lower satisfaction than those who share the same language as their providers." ¹³
<i>Reduced quality of care and outcomes</i>	"The research suggests that there are several "pathways" by which language barriers have the potential to affect quality of care and outcomes. Analysis of narrative text of the communication process, when interpreters are used, demonstrates the prevalence of errors and the potential for such errors to affect diagnosis and treatment. Research related to provider-patient communication, health literacy, time spent in the consultation, and the relationship of language barriers to a regular source of care, provide insights as to how language barriers affect satisfaction, utilization and health outcomes." ¹⁴
<i>Increased costs for the system</i>	There is proof that linguistic barriers can impact negatively on the cost of health care due to overuse and poor treatment results. ¹⁵

¹⁰ BOWEN, Sarah (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/f_equity/index.html, Prepared pour Health Canada, Government Services Canada, p. VI.

^{11, 12, 13, 14, 15} Idem

Highlights...

It is clear that failure to provide services to clients in their mother tongue runs counter to the public good. Quality of care, outcome and health care costs are adversely affected.

3. Range of options for the provision of French Language Health Services

The importance of true access to health services in French for Francophone minorities is a given.

Deprived of such access, the health of the Francophone clientele can be seriously undermined.

It is important to understand, however, that all solutions aiming to guarantee access to services in French are not applicable in all situations. Small population numbers and population density are factors that affect the number of possible solutions.

The following levels outline the range of services and where translation-interpretation and navigation services fit in.

Level 1 (*the ideal model*)

A completely bilingual establishment

This level requires a completely bilingual establishment from the board of directors to the CEO including senior management as well as all employees. The Monfort Hospital in Ottawa, the Cornwall Community Health Center and the New Lisgar Community Health Center are examples of this optimum level of services in French.

Level 2

Certain services/programmes are bilingual in an establishment that is not

This second level involves the creation of bilingual services and/or programmes within an Anglophone establishment. A bilingual mother/child programme, bilingual services in palliative care or in the emergency room, a bilingual family care programme are all good examples. This solution implies that all staff in the designated sectors are bilingual.

Level 3

Parts of certain programmes are bilingual

The French services defined by this third level are limited to certain functions in certain precise locations and are oftentimes limited from shift to shift. This level may mean service in French at arrival points at the hospital such as in the Admissions Department or during triage in the Emergency Room. This type of service may also be limited by the availability of bilingual staff

during heavy traffic periods as only one bilingual person per shift is assigned to certain services such as family medicine, home care, etc. This solution requires that certain positions be designated as bilingual.

Level 4

A navigation service is provided

Navigation of the health care system is an approach designed to enhance access to health services by simplifying the often complex world of health care for the client and accompanying them through the maze.

Level 5

A translation-interpretation service is provided

An interpretation service supplies a trained bilingual interpreter to help patients / clients and health care professionals understand each other.

The use of interpreters or navigation personnel must not be seen as blanket solutions. However, due to certain constraints, interpreting can be a beneficial strategy especially if resources are limited.

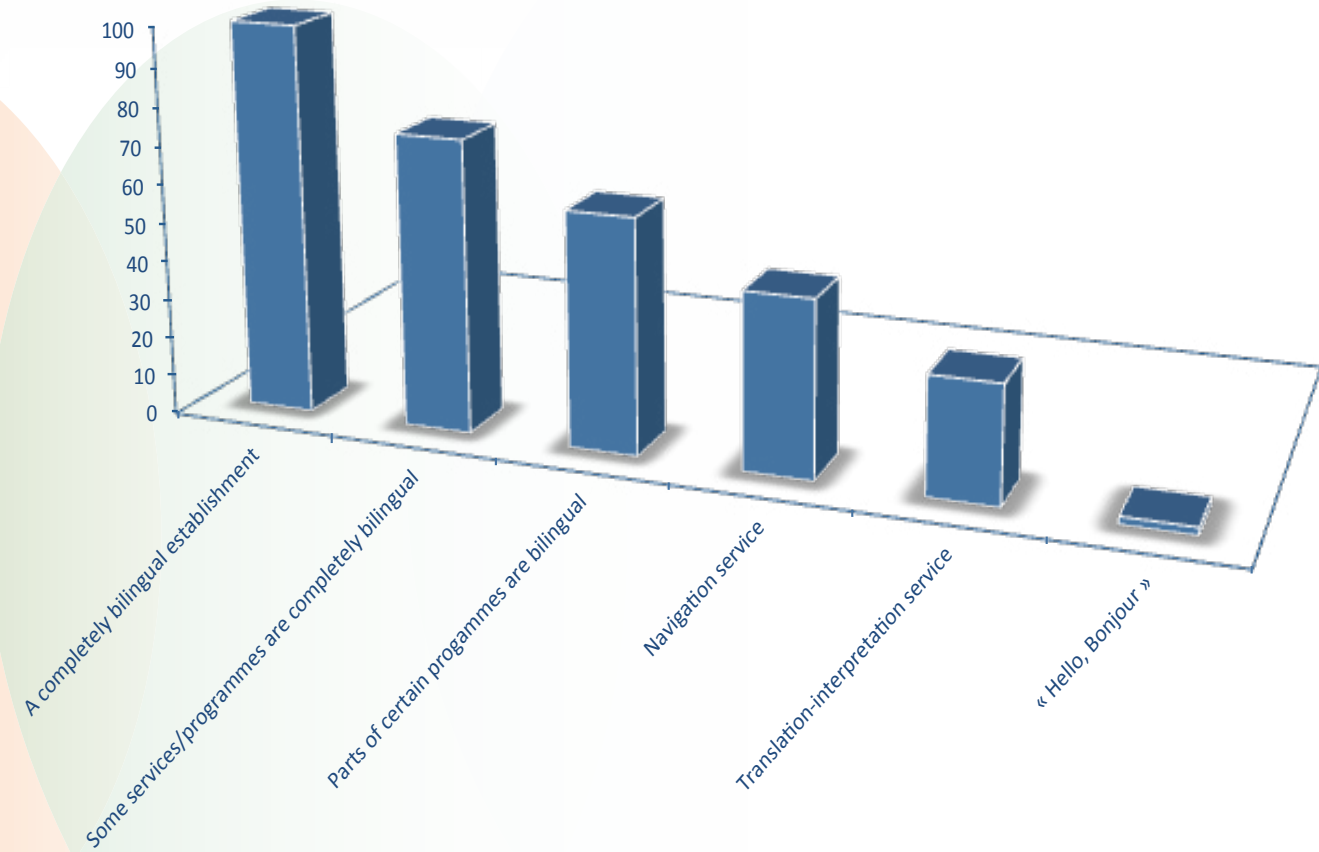
Level 6

“Hello, Bonjour”

This is a bare bones service that often doesn't go beyond the first contact or greeting.

Behind the word “Bonjour” lies no real service in the French language including any possible pursuit of the initial conversation. This has to be labelled a symbolic service.

Range of options for the provision of French language health care services



4. Translation-interpretation and navigation services

As previously stated, there is a difference between a translation-interpretation service and a navigation service. Translation-interpretation allows for a bilingual person to serve as an interpreter and intermediary between the health professionals and the client/patient. Navigation aims to maximise service benefits by helping the client navigate through the complex world of health services thus simplifying access to care.

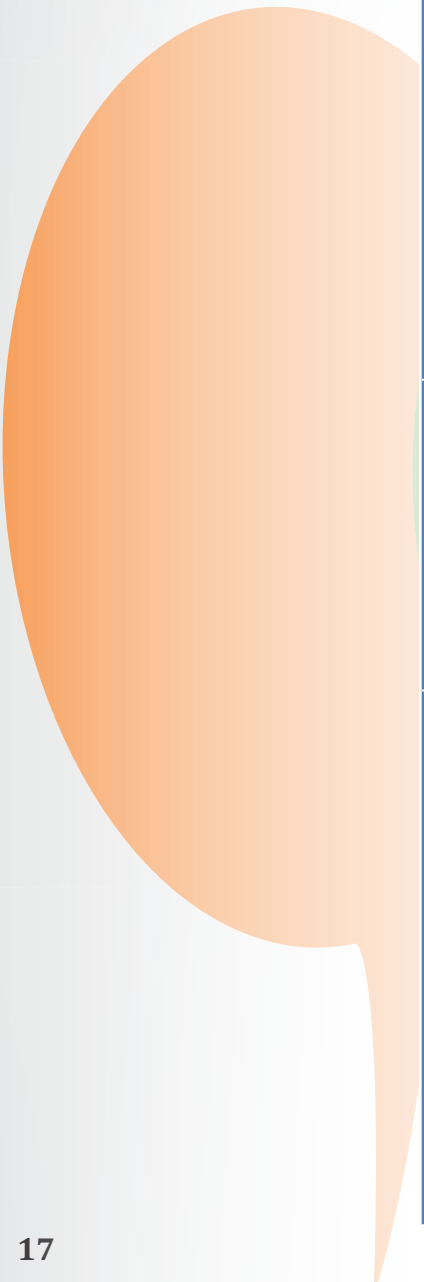
Different models exist. All have advantages and disadvantages. The understanding of these is key to choosing the best practice.

4.1 Translation-interpretation

4.1.1 Models, advantages and disadvantages

Five categories, according to Hsieh (2006)

Model	Who?	Advantages	Disadvantages
Chance interpreters	Family members, friends or bilingual people who are nearby (e.g., other patients in a waiting room)	- Availability - No apparent costs for the institution - Confidentiality (under professional rules of practice) - Possible discussion with the patient	- Have no training in interpretation - Provide interpretation services on an ad hoc basis - Breach of privacy, neutrality or loyalty - Errors of interpretation - Problems of neutrality - Self-censorship - Inversion of family roles
Untrained interpreters			



Bilingual health care providers	Health care providers who have learned the patient's mother tongue as a second language	- Availability on site - Are trained in the provider-patient relationship (often included in the initial training curriculum) - Have a good knowledge of medical terminology - Limited cost (indirect) - Confidentiality (under professional rules of practice)	- Are not trained in interpretation - Limited time available - Errors of interpretation (related to language skills and cultural knowledge) - Inefficient use of resources (lost productivity and cost based on salary scale) - Neutrality (connection and orientation to a given discipline)
On-site interpreters	Professional interpreters hired by the institution to provide services in person Separate interpreters for each language Are trained in interpretation (variable length: from 40 hours to five days)	- Are trained and available on site.	- Additional payroll costs.
Telephone interpreters	Professional interpreters who provide remote translation of verbal communication Are recruited by language experts Receive specific training to ensure skill and accuracy in translations as well as an understanding of cultural nuances May have passed a language proficiency examination Are not necessarily specialized in the health field	- Are trained and readily available through communication device.	- Not on site. - Not specialized in health field. - Little or no knowledge of local situation.

4.1.2 Benefits of interpreting

The use of a professional interpreter (WRHA, 2012):

- raises the quality of care;
- is beneficial to the user's security;
- improves risk management;
- allows for better use of resources;
- increases the satisfaction of both the user and the health care professional.

There exist only limited consensus data on satisfaction among users of interpreting services (Flores, 2005):

One study revealed that patients who benefited from interpreter services are as satisfied as those who had access to bilingual health care professionals.

Results from another study show that doctors were significantly more satisfied than patients with the use of a telephone interpreter service.

Results from one study showed that users of professional interpreter services had more frontline follow-ups afterwards and fewer trips back to the emergency room (Bernstein et al, 2002).

The authors of a review of the literature conclude that the use of professional interpreters seems to enhance the quality of care, bringing it close to or equal to the quality enjoyed by patients who face no language barrier.

4.1.3 Winning conditions and warnings

Interpreters should familiarize themselves with the forms and documents most commonly used in health care (HIN, 2010).

An interpreter should not have to obtain consent for a medical intervention or to serve as a witness to the signing of a consent (HIN, 2010).

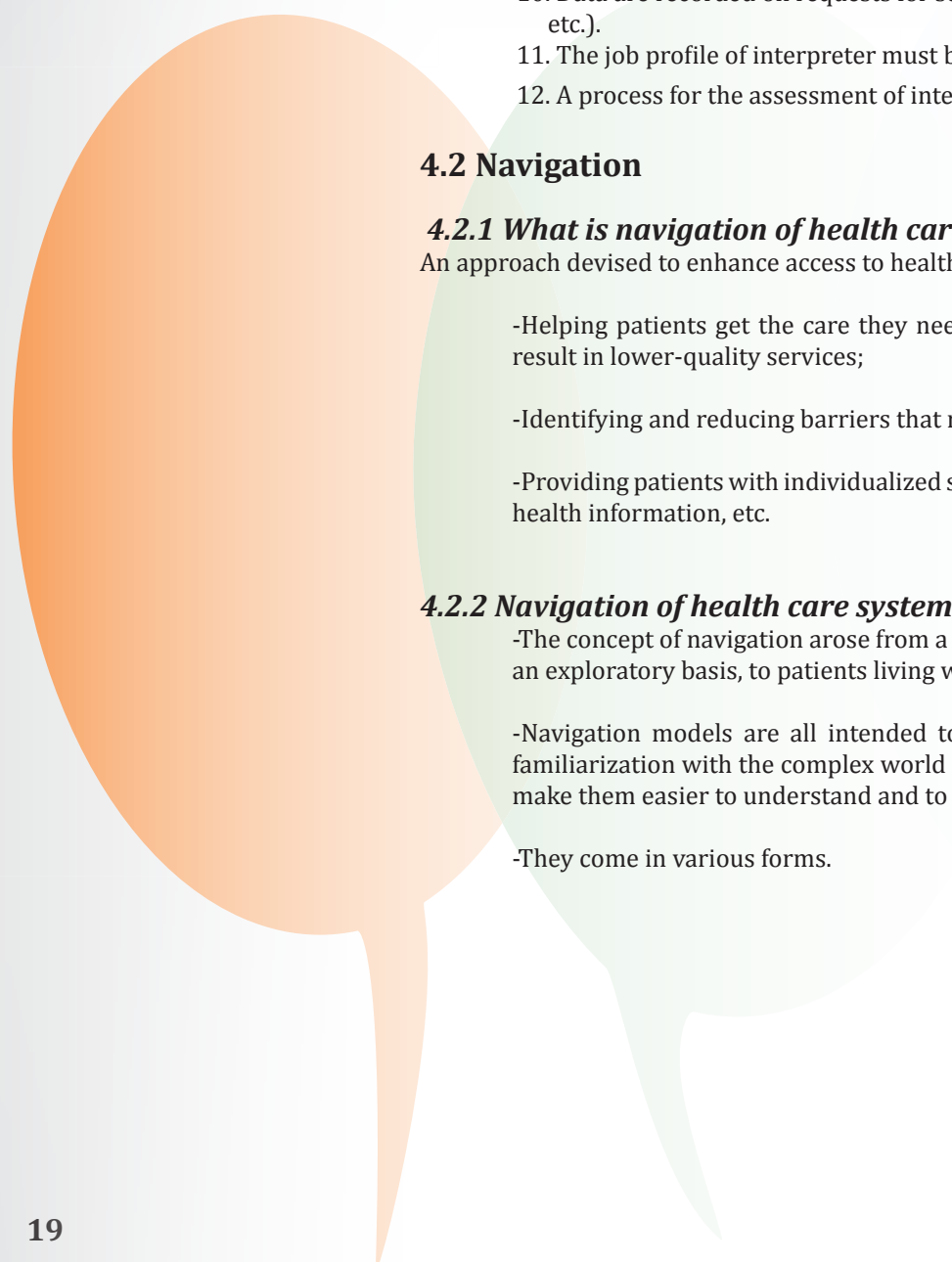
The use of a professional interpreter upon admission is particularly vital since the user's medical anamnesis and overall history account for about 70% of the information needed to conduct a proper diagnosis (Lindholm et al, 2012).

The use of an interpreter in an emergency room context is especially important since accurate and efficient communications are needed to ensure a proper diagnosis (Ginde et al, 2009).

4.1.4 Best practices

Summary of the 12 essential elements from international consensus on interpreting (Bowen, 2004):

1. Existence of policies and standards that ensure free interpreting services at all points of service and at all times.
Training of interpreters is required.
2. A requirement for care providers to use the services of an interpreter when language barriers exist. The procedure for access to services is clearly specified and known.
3. Care providers are trained to work with interpreters.
4. Guidelines exist for communicating through an interpreter.
5. Only trained interpreters are used. Family and friends are used only at a user's request. Employees may do interpreting only if they have suitable training and there is a particular situation, such as an emergency.
6. Training for interpreters includes guidance in care programs, a section on ethics, a review of medical terminology

- 
- and a reminder of the skills related to interpreting.
 - 7. Training for interpreters must be at least 40 hours.
 - 8. Users receive information on their rights regarding interpreting services.
 - 9. Governance of interpreting services is the responsibility of senior management.
 - 10. Data are recorded on requests for service (languages requested, provider of the care involved, type of interpreting, etc.).
 - 11. The job profile of interpreter must be recognized.
 - 12. A process for the assessment of interpreting services is established.

4.2 Navigation

4.2.1 What is navigation of health care systems?

An approach devised to enhance access to health services aimed at (Broeckaert et al, 2014):

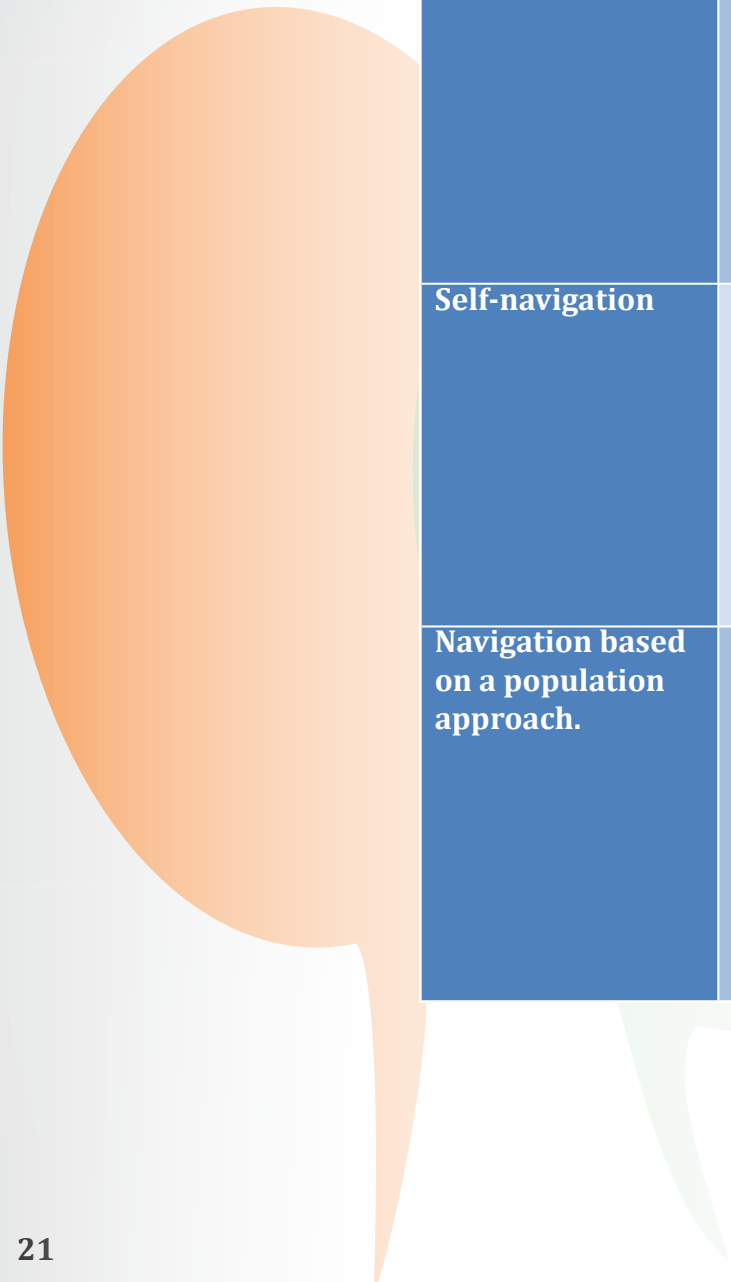
- Helping patients get the care they need regardless of race, gender, socio-economic status or other factors that may result in lower-quality services;
- Identifying and reducing barriers that may interfere with the quality and timely availability of required care;
- Providing patients with individualized support, including appointments, transportation, guidance, counselling, relevant health information, etc.

4.2.2 Navigation of health care systems: the concept

- The concept of navigation arose from a desire to provide support to cancer and AIDS patients. It was later extended, on an exploratory basis, to patients living with significant mental health problems or chronic illness.
- Navigation models are all intended to maximize benefits from the services provided to patients through greater familiarization with the complex world of health care. They are devised to demystify and simplify access to services, to make them easier to understand and to facilitate their use through better alignment with patients.
- They come in various forms.

4.2.3 Models of health care system navigation (Bowes, 2010)

Model	Who?	Advantages	Disadvantages
Professional navigation (non-clinical)	Health care professionals who have particular expertise and experience in an illness afflicting a patient and who perform their functions in the health system context.	Guiding patients through the programs and services provided by health care institutions and the community sector while serving as key RESOURCE PERSONS for patients and their families.	Cost of dedicated personnel. Training costs. Recruiting may be a challenge.
Professional navigation (clinical)	Health care professionals with: - extensive knowledge of the illness, related treatments and management of symptoms; - advanced skills in interpersonal communication; - skills in problem-solving and teamwork facilitation; - comprehensive understanding of the workings of the health care system; - knowledge of community resources that can provide support to patients.	Managing evaluations provided to patients; - Providing personalized support in clinical, decision-making, psycho-social, informational and practical matters OR directing patients to the appropriate resources; - Connecting patients with specialized community resources; - Enhancing patients' education regarding their state of health; - Coordinating all aspects, to the extent possible, of better care for patients in the handling of their illness.	Universal access not always possible in low population density areas.



Non-professional navigation by peers or volunteers	Volunteers who have taken training that enables them to provide proper support in interactions with the health care system to patients dealing with an illness from which they themselves have generally suffered. They are not usually part of a professional health care team and in most cases come from the community sector.	Guiding patients and finding solutions to get around problems of access to services; - Providing support for patients facing emotional, financial or administrative problems; - Developing relationships with service providers; - Following up the steps with patients;	Lesser scope than professional navigation; - Focused on responses to needs expressed by patients; - No medical advice, patient evaluation or direct decision-making assistance.
Self-navigation	The patients themselves use information tools (created for online consultation) on their own to find the answers to the questions they are asking. One example is the “Trousse Accès” devised by the Réseau du mieux-être francophone du Nord de l’Ontario.	If no other service is available, the patients still can find answers.	Not everyone is able or in a position to self-navigate.
Navigation based on a population approach.	Institutions or governments have an overall approach intended for marginalized and disadvantaged populations with different cultural identities (Dicker, 2009). One example is the Aboriginal Patient Navigator Program for native populations in Newfoundland and Labrador.	A proactive approach reaching out to people.	Identificaiton of beneficiaries not always easy.

Highlights...

Although the use of interpreters is not the answer to every problem, it can be a beneficial transitional strategy given the resource limitations of certain situations.

Navigation can be seen as a very useful supplement to a translation-interpretation service.

5. Francophone demographics and services in the Yukon and Newfoundland and Labrador

5.1 Newfoundland and Labrador

The Francophone population of Newfoundland and Labrador went from 2,225 in 2006 to 3,015 in 2011, an increase of 36% compared to the 2% increase in the total population of the province (500,610 to 509,950) over the same period. Thus the Newfoundland and Labrador Francophone community grew 18 times more than the total population which accounts for its demographic weight increase from 0,4% to 0,6%.

Some regions show an extraordinary Francophone population boom. This is the case of the Burin Peninsula with a 1,100% increase as well as the south coast of Newfoundland with 200% growth. An increase in the Francophone population has been recorded in all census regions with the exception of the Port-au-port Peninsula and Labrador South.

The majority of Newfoundland and Labrador Francophones reside in four census divisions where they are not only quite dispersed but represent a very small percentage of the total population.

In spite of this, recent demographic data support efforts by the RSFTNL to improve the interpretation and navigation services in French in the health care field.

Furthermore, the goal of the Government Policy for Services in French is to adopt a uniform and coordinated approach with regards to French language services provided by all Provincial Government sectors.

The Bureau des services en français (BSF) of the Human Resources Secretariat is the main entry point to provincial services in French as well as all concerns Francophone. The BSF collaborates with the Ministries to strengthen their ability to offer services to the public in French. The BSF also cooperates with Government Departments to stimulate dialogue and create partnerships with the Newfoundland and Labrador Francophone and Acadian community. To achieve this, the BSF is prepared to call upon resources from a variety of social sectors.

This policy is applicable to all Provincial Government departments.

Recommendations will be made with this policy in mind. They will also take into account the positive and concrete accomplishments to date as well as the proximity of Quebec and St. Pierre et Miquelon (from where unilingual Francophones come to use the Newfoundland and Labrador Health system) and will highlight the added costs and poor quality of health care related to inappropriate or misunderstood services. Language is an important factor in this equation. The research paper *Pour des services de santé linguistiquement et culturellement adaptés*, from the Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB) and the Société Santé en français offers interesting solutions to this question.

5.2 Yukon

In recent years, the total Yukon population went from 30,372 to 33,897, an increase of 11.6% as compared to a 5.9% national average, the highest population increase for any province or territory in Canada.

A Growing Francophone Presence

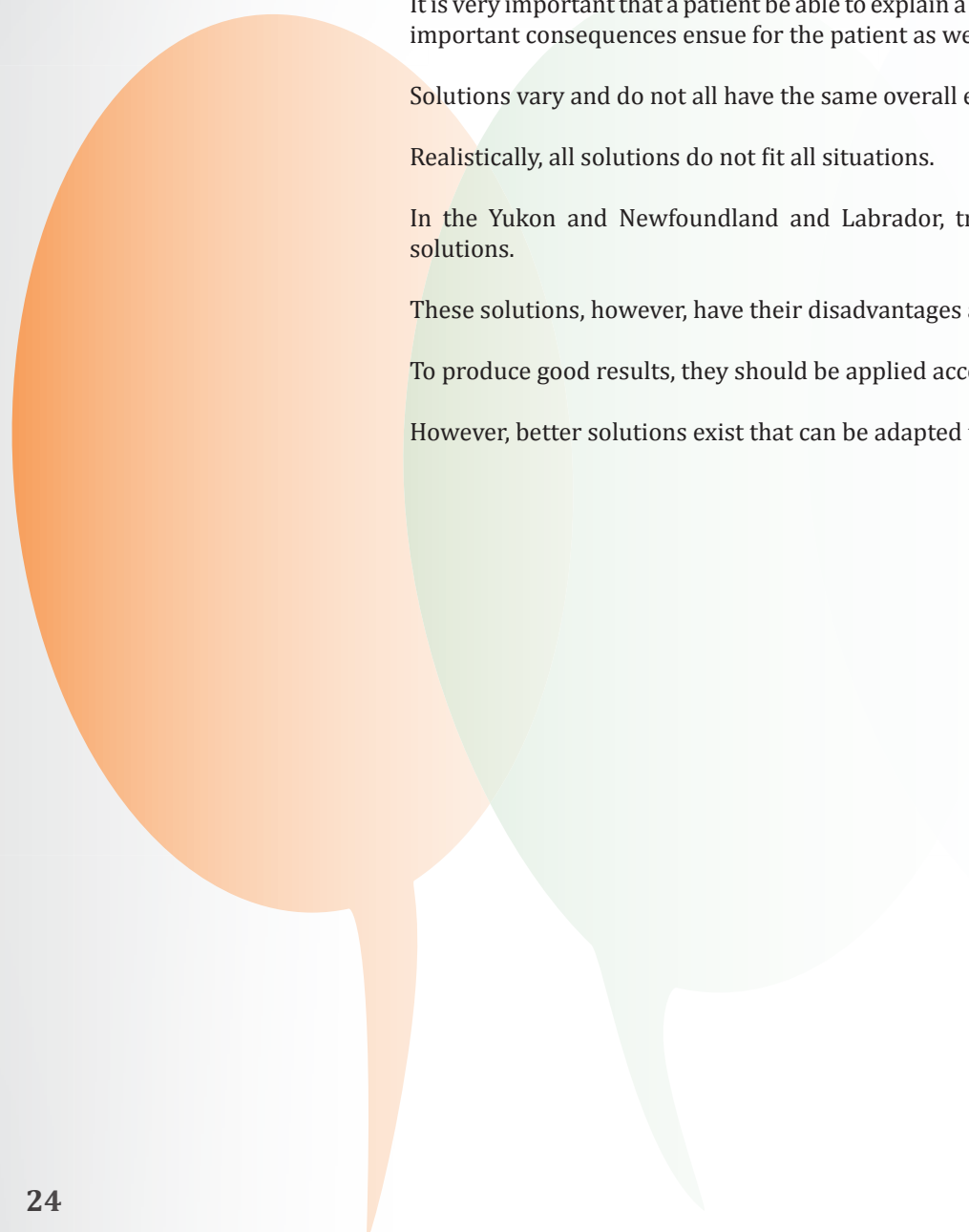
Over the last generation the Francophone population went from slightly over 500 in 1985 to 1,630 according to the 2011 census which represents 4.8% of the total Yukon population. In the last decade alone, the Francophone population went from 1,225 in 2006 to 16,303 in 2011, a 33.1% increase.

The Yukon Francophone community grew three times (33.1%) as fast as the total Yukon population (11.6%). Today, the Francophone community accounts for 5% of the total population.

The Francophone population is mainly concentrated in the Whitehorse region where 82% of Francophones live. Almost all census regions have, however, noted an increase of the Francophone population. Interestingly, the Yukon Francophone population (16,303) is larger than the population of the territory's second largest city, Dawson.

This extraordinary population boom calls for an important adaptation in the delivery of health services in French in home care as well as in health care establishments. This important change in demographics supports efforts by the PCS to improve health care interpretation and navigation services in French in order to respond adequately to the needs of the Francophone population of the territory.

Furthermore, the fact that Yukon language law considers French an official language will facilitate the adoption of a uniform and coordinated approach in the provision of French language services within the entire territorial Government.



Conclusion

The language of communication is an important factor in health care. There is a real risk involved.

It is very important that a patient be able to explain a health problem to a health care professional in his mother tongue. Otherwise important consequences ensue for the patient as well as for the health care system.

Solutions vary and do not all have the same overall efficiency.

Realistically, all solutions do not fit all situations.

In the Yukon and Newfoundland and Labrador, translation-interpretation and navigation may be appropriate transitional solutions.

These solutions, however, have their disadvantages and must not be applied in a casual or cavalier fashion.

To produce good results, they should be applied according to proven best practices.

However, better solutions exist that can be adapted to local situations.

Sommaire exécutif

Introduction

Les réseaux de santé en Français du Yukon (PCS) et de Terre-Neuve-et-Labrador (RSFTNL) ont choisi de développer un argumentaire sur l'importance des compétences linguistiques et culturelles en ciblant la traduction-interprétation et l'accompagnement comme des pistes de solution transitoires.

1. Contexte

1.1 Le contexte des services de soins de santé en français

Depuis le début des années 2000, de nombreux rapports, études et recherches permettent de mieux saisir l'importance de soins de santé en français pour les communautés francophones en situation minoritaire.

Au Canada, entre 50 % et 55 % des francophones en situation minoritaire n'ont que peu ou pas accès à des services de santé dans leur langue maternelle.

1.2 Composantes d'un système performant

Le développement d'un système performant en matière d'accès à des services de santé en français passe par quatre dimensions :

1. **La dimension clinique** : fait référence à la relation patient – professionnel de la santé.
2. **La dimension organisationnelle** : fait référence aux variables liées à la gestion des organisations de soins.
3. **La dimension « système »** : soit (1) le système de santé, et, plus globalement (2) le système social.
4. **La dimension communautaire** : renvoie à l'organisation générale de la communauté et à l'implication de ses membres.

La complexité du problème engage la responsabilité à plusieurs niveaux et dépasse largement la responsabilité individuelle des intervenants.

2. Impacts et répercussions du manque de services de soins de santé en français

2.1 Lien entre compétences linguistiques et qualité des soins et services en santé

Compétences linguistiques et qualité des soins et services en santé sont liés.

« Les barrières linguistiques et culturelles ont des effets négatifs sur l'accès aux soins de santé, la qualité des soins, le droit des patients, le niveau de satisfaction des patients et des intervenants et surtout, sur les résultats des traitements des patients. Il existe aussi des preuves que les barrières linguistiques constituent un facteur d'inefficacité du système de santé »⁸.

Cela signifie que pour offrir un service de qualité aux populations minoritaires, il est essentiel d'intégrer les compétences

⁸ BOWEN, Sarah (2000). *Introduction to Cultural Competence in Pediatric Health Care*, Préparé pour Santé Canada, Services gouvernementaux Canada.

linguistiques à tous les niveaux du système, notamment dans les politiques, les programmes et l'allocation des ressources.

2.2 Répercussions directes sur les soins de santé

Les études de Sarah Bowen ont identifié les répercussions directes d'une absence de services de soins de santé dans la langue maternelle du patient. Ces répercussions incluent la réduction du recours aux services préventifs, l'augmentation du temps de consultation, du nombre de tests diagnostiques, la probabilité d'erreur dans les diagnostics et les traitements, la diminution de la probabilité de fidélité aux traitements, la baisse de la satisfaction à l'égard des soins et services reçus, la baisse de la qualité des soins et des résultats sans parler d'une hausse des coûts pour le système de santé.

Il est clair qu'il y a un préjudice causé à la population lorsque les services ne leur sont pas offerts dans leur langue maternelle.

3. Gradation des solutions donnant accès aux services de santé en français

Toutes les solutions visant à garantir un accès en français aux services ne peuvent s'appliquer à toutes les situations. En effet, le faible nombre d'effectifs d'une population et sa dispersion sur le territoire sont des facteurs importants balisant les choix de solutions.

Voici donc la gamme des services possibles et la place qu'y occupent les services de traduction-interprétation et d'accompagnement.

4. Traduction-interprétation et service d'accompagnement

Il faut distinguer traduction-interprétation et service d'accompagnement.

1.1 La traduction-interprétation

La traduction-interprétation permet à une personne bilingue de servir d'interprète et d'intermédiaire entre le personnel soignant et le client / patient.

Seuls des interprètes formés doivent être utilisés (formation recommandée : 40 heures). On ne fait appel à la famille et aux amis qu'à la demande du patient. Des employés peuvent servir d'interprètes seulement s'ils sont adéquatement formés et qu'une situation particulière, telle une urgence, se présente.

L'utilisation d'interprètes ne doit pas être vue comme une solution finale mais bien un pas dans la bonne direction.

4.2 Le service d'accompagnement

L'accompagnement vise à maximiser les bienfaits des services offerts au client en l'aidant à naviguer dans le monde complexe des soins de santé, tout en démystifiant et en simplifiant l'accès aux soins.

Il y a plusieurs modèles d'accompagnement qui vont de l'idéal au satisfaisant. Il y a l'accompagnement clinique et non-clinique, l'accompagnement professionnel et l'accompagnement non-professionnel par des pairs ou des bénévoles, l'auto accompagnement et l'accompagnement basé sur une approche par secteur de population.

L'accompagnement peut être considéré comme un complément très valable au service de traduction-interprétation.

5. Les réalités du Yukon et de Terre-Neuve-et-Labrador

5.1 Terre-Neuve-et-Labrador

Le nombre de francophones à Terre-Neuve-et-Labrador a augmenté de 36 % entre 2006 et 2011 alors que l'ensemble de la population n'a augmenté que de 2 %.

La majorité de la population francophone de Terre-Neuve-et-Labrador, qui demeure néanmoins très dispersée, se retrouve dans quatre divisions de recensement et représente une très faible proportion de la population globale.

Malgré cela, les données démographiques récentes donnent du poids aux démarches que le RSFTNL désire entreprendre pour améliorer les services d'interprétation et d'accompagnement en français dans le domaine de la santé.

Qui plus est, la Politique sur les services en français a pour objectif l'adoption d'une approche uniforme et coordonnée pour la prestation de services en français dans l'ensemble du gouvernement provincial.

5.2 Yukon

Données à venir.

Conclusion

La langue de communication dans les soins de santé est importante.

Les solutions sont diverses et s'ordonnent en hiérarchie quant à leur efficacité globale.

Il n'est pas réaliste de croire que toutes les solutions peuvent s'appliquer partout.

Au Yukon et à Terre-Neuve-et-Labrador, il est approprié de considérer la traduction-interprétation et l'accompagnement comme des solutions à privilégier. Toutefois elles doivent être vues comme des solutions transitoires.

Ces solutions doivent être appliquées dans les règles pour donner de bons résultats.

Introduction

Les réseaux de santé en Français du Yukon (PCS) et de Terre-Neuve-et-Labrador (RSFTNL) ont décidé d'unir leurs forces pour développer des outils leur permettant de poursuivre leurs démarches et leur travail de sensibilisation auprès des responsables et acteurs de leurs systèmes de santé respectifs en vue d'améliorer l'accès aux services de santé en français dans leurs régions.

Ces deux réseaux ont choisi d'exercer leur leadership en développant un argumentaire solide sur l'importance des compétences linguistiques et culturelles en ciblant la traduction-interprétation et l'accompagnement comme pistes de solution.

1. Contexte et composantes d'un système performant

1.1 Le contexte des services de soins de santé en français

Depuis le début des années 2000, l'accès et la qualité des services de soins de santé en français reçoivent de plus en plus d'attention de la part des chercheurs et des organisations à travers le Canada. De nombreux rapports, études et recherches sont publiés chaque année sur le sujet et permettent de mieux comprendre les enjeux et les problématiques entourant ce sujet, qui constitue l'une des préoccupations de premier plan des communautés francophones en situation minoritaire⁹.

Malgré les efforts et les actions prises, le rapport de Fortier et Gauthier (2001) constatait « qu'entre 50 % et 55 % des francophones en situation minoritaire n'ont souvent que peu ou pas accès à des services de santé dans leur langue maternelle. »¹⁰

Aux États-Unis, la question des compétences linguistiques et culturelles a pris de l'ampleur de façon significative, en particulier depuis le début des années 1990. Bien avant cela, le gouvernement avait constaté des disparités importantes entre les populations en situation minoritaire et la majorité anglophone blanche. Ainsi, depuis plus de 20 ans, le gouvernement met en place de nombreux programmes et exige de la part du milieu de la santé le développement de ces compétences et l'amélioration continue de la qualité des services de soins à ces populations. Des organismes fédéraux tels que *l'Office of Minority Health*, *The Center for Linguistic and Cultural Competence in Health Care* et le *National Center on Minority Health and Health Disparities* sont responsables de suivre l'évolution des disparités et de développer des solutions pour améliorer la situation. Des normes nationales ont également été instaurées et le financement gouvernemental est conditionnel au respect de celles-ci. Ainsi, comme le mentionne le rapport Aucoin, « *Aux États-Unis, le concept de compétences culturelles est passé d'une dimension interpersonnelle à une dimension organisationnelle et systémique* »¹¹.

Compte tenu du contexte décrit ci-haut, il nous apparaît pertinent, à ce stade-ci, de rassembler l'ensemble des arguments et des stratégies qui ressortent des études, des recherches et des projets publiés à ce jour. L'expérience terrain des nombreuses personnes qui ont et qui continuent de travailler à la mise en place de soins de santé en français de qualité à travers les communautés francophones minoritaires du Canada complémentera les informations recueillies. Cet argumentaire contribuera, selon nous, à établir cette vision commune.

⁹ FORTIER, Marie E. et GAUTHIER, Hubert (2001). Rapport au ministre fédéral de la Santé, Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire.

¹⁰ FORTIER, Marie E. et GAUTHIER, Hubert (2001). Rapport au ministre fédéral de la Santé, Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, p. 3.

¹¹ AUCOIN, Léonard. (2008) *Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé, Analyse critique de la littérature*, Présenté à la Société Santé en français, p. 5.

1.2 Composantes d'un système performant



Ce que l'on retient...

Face aux dimensions et aux caractéristiques ci-haut mentionnées, la complexité du problème engage la responsabilité à plusieurs niveaux et dépasse largement la responsabilité individuelle des intervenants dans le domaine de la santé et des services sociaux notamment au plan de l'individu, des organisations et du système.

2. Impacts et répercussions du manque de services de soins de santé en français

La présente section vise à faire le lien entre les compétences linguistiques et la qualité générale des soins et services de santé, et à décrire les principaux arguments justifiant le développement de l'accès à des soins de santé en français pour les communautés francophones minoritaires.

2.1 Lien entre compétences linguistiques et qualité des soins et services en santé

Les études menées par Sarah Bowen, chercheuse canadienne réputée, démontrent que « *les barrières linguistiques et culturelles ont des effets négatifs sur l'accès aux soins de santé, la qualité des soins, le droit des patients, le niveau de satisfaction des patients et des intervenants et surtout, sur les résultats des traitements des patients. Il existe aussi des preuves que les barrières linguistiques constituent un facteur d'inefficacité du système de santé* »¹².

Tel que mentionné dans le rapport d'Aucoin (2008)¹³, un rapport du Commonwealth Fund¹⁴ illustre, à l'aide des six principes de qualité des soins de santé reconnus par l'Institute of Medicine (IOM), de quelle façon les compétences linguistiques sont liées à la qualité des soins.

¹² BOWEN, Sarah (2000). *Introduction to Cultural Competence in Pediatric Health Care*, Préparé pour Santé Canada, Services gouvernementaux Canada.

¹³ AUCOIN, Léonard (2008). *Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé, Analyse critique de la littérature*, Présenté à la Société Santé en français.

¹⁴ BETANCOURT, J.R. (2006). *Improving Quality and Achieving Equity: The Role of Cultural Competence in Reducing Racial and Ethnic Disparities in Health Care*, The Commonwealth Fund.

Principes de qualité	Lien avec les compétences linguistiques
Sécurité (Safety)	« La sécurité des soins ne signifie pas seulement de ne pas commettre d'erreurs dans la prestation des soins (ex. erreur de médicaments), mais aussi d'éviter un mauvais diagnostic, d'éviter d'exposer les patients à des risques inutiles et d'assurer que le patient puisse fournir un consentement éclairé. De là l'importance d'une communication claire entre le professionnel de la santé et le patient, en tenant compte de sa langue et de sa culture. Il faut que la relation professionnel-patient permette non seulement une bonne compréhension des mots, mais aussi du contexte et des impacts des décisions de diagnostic et de traitement. Le développement de compétences linguistiques et culturelles, tant sur le plan des professionnels de la santé que des organisations de santé, est essentiel à la participation du patient à une décision clinique sécuritaire. »
Efficacité (Effectiveness)	Deux aspects des compétences culturelles peuvent contribuer à améliorer l'efficacité des soins, selon Betancourt. Premièrement, les systèmes de soins doivent avoir accès à des systèmes d'information leur permettant de mesurer s'il y a des disparités dans les soins et dans l'état de santé en fonction des caractéristiques linguistiques et culturelles des populations. Deuxièmement, l'efficacité des soins exige que le soignant puisse percevoir les préférences et les valeurs du patient.
Centré sur le patient (Patient-centeredness)	Lorsque l'IOM décrit les soins centrés sur le patient, il fait référence à la compassion, l'empathie, la sensibilité aux besoins, valeurs et préférences du patient comme individu. Betancourt souligne que ces attitudes et habiletés sont aussi des éléments fondamentaux des compétences linguistiques et culturelles.
Équité (Equity)	L'IOM déclare qu'un système de santé équitable doit s'assurer que les soins offerts ne varient pas en fonction de caractéristiques personnelles comme le sexe, la langue, l'ethnie, la culture, le lieu géographique ou le statut socioéconomique.
En temps opportun (Timeliness)	Betancourt reconnaît que « les barrières linguistiques et culturelles peuvent contribuer à accroître la durée de séjour lors d'une hospitalisation ou à augmenter les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un médecin ou pour avoir accès à des services à l'urgence des hôpitaux. » ⁸
Efficiencia (Efficiency)	

Ainsi, l'enjeu des compétences linguistiques est « *un enjeu fondamental d'accessibilité, de sécurité, de qualité et d'équité des services* ». ⁹ Cela signifie que pour offrir un service de qualité aux populations minoritaires, il est essentiel d'intégrer les compétences linguistiques à tous les niveaux du système, notamment dans les politiques, les programmes et l'allocation des ressources.

⁸ AUCOIN, Léonard (2008). *Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé, Analyse critique de la littérature*, Présenté à la Société Santé en français.

⁹ Idem

Ce que l'on retient...

Être compétent sur le plan linguistique revient à offrir des services de qualité à la population. Cet enjeu ne doit pas être considéré séparément et vu comme un privilège réclamé par des minorités, « mais comme un enjeu fondamental, lié à l'accessibilité et à la qualité des soins de santé²⁷ ».

2.2 Répercussions directes sur les soins de santé

Les études de Sarah Bowen ont pour leur part démontré des répercussions directes que peuvent avoir des services de soins de santé dans la langue maternelle du patient. Cela permettrait notamment :

Répercussions	Argumentaire
<i>Réduction du recours aux services préventifs</i>	« Des éléments convaincants permettent de prouver que les barrières linguistiques ont des répercussions sur l'accès initial aux services de santé et non seulement sur les soins dispensés par les médecins et les hôpitaux. Les patients sont confrontés à des barrières majeures pour accéder aux programmes de promotion et de prévention en matière de santé. Certaines données indiquent par ailleurs que les patients doivent faire face à des obstacles lors de l'établissement d'un premier contact avec une variété d'intervenants. » ¹⁰
<i>Augmentation...</i> - <i>du temps de consultation</i> - <i>du nombre de tests diagnostiques</i> - <i>et de la probabilité d'errer dans les diagnostics et les traitements</i>	« La documentation suggère la présence de nombreux effets immédiats (tels que le retard dans le recours aux soins de même qu'une compréhension réduite et un moins grand respect du traitement). Les barrières linguistiques ont été associées à l'augmentation des risques d'hospitalisation, à l'accroissement des risques d'intubation des asthmatiques, aux différences de prescriptions, au plus grand nombre de réactions négatives aux médicaments et à la réduction du taux de prescriptions de médicaments antidouleurs optimal. » ¹¹
<i>Diminution de la probabilité de fidélité aux traitements</i>	« Un examen de la documentation révèle que, en présence de barrières linguistiques, il existe des différences constantes et majeures dans la compréhension du patient de sa maladie et le respect du traitement. Les résultats de ces études corroborent les recherches générales menées sur la communication intervenant-patient qui montrent que la communication est un facteur clé de l'adhérence du patient au plan de traitement. » ¹²

Baisse de la satisfaction à l'égard des soins et services reçus	« Un certain nombre d'études se sont penchées sur différents aspects de la satisfaction des patients envers les soins de santé. Les patients qui ne parlent pas la même langue que leurs intervenants enregistrent de manière constante un niveau de satisfaction moins élevé que dans le cas contraire. » ¹³
Baisse de la qualité des soins et des résultats	« Les recherches suggèrent que les barrières linguistiques peuvent influencer de diverses manières sur la qualité des soins et des résultats. Une analyse des textes de consultations, au cours desquelles il y a eu recours à des interprètes, a montré la fréquence des erreurs de même que la mesure dans laquelle elles pouvaient avoir des répercussions sur les diagnostics et les traitements. Les recherches portant sur les communications intervenant-patient, l'alphabétisation en matière de santé, le temps passé en consultation et les effets des barrières linguistiques dans les rencontres avec la source régulière de soins ont permis une meilleure compréhension de l'incidence des barrières linguistiques sur le niveau de satisfaction, l'utilisation et le résultat des traitements. » ¹⁴
Hausse des coûts pour le système de santé	« Certaines preuves indiquent que les barrières linguistiques peuvent avoir d'importantes répercussions sur le coût des soins de santé en raison de leurs conséquences sur l'utilisation des services et le résultat des traitements. » ¹⁵

Ce que l'on retient...

Il est clair qu'il y a un préjudice de causé à la population, notamment au plan de la qualité des soins et des résultats, lorsque les services ne leurs sont pas offerts dans leur langue maternelle qui plus est, le coût des soins en sont affectés.

¹² BOWEN, Sarah (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/f_equity/index.html, Préparé pour Santé Canada, Services gouvernementaux Canada, p. VI.

¹³ Idem

¹⁴ Idem

¹⁵ Idem

3. Gradation des solutions donnant accès aux services de santé en français

L'importance d'un accès réel aux services de santé en français en milieu minoritaire a été démontrée. Privée d'un tel accès la clientèle peut se retrouver gravement lésée.

Il est important de comprendre cependant que toutes solutions visant à garantir un accès en français aux services ne peuvent s'appliquer à toutes les situations. En effet, le faible nombre d'effectifs d'une population et sa dispersion sur le territoire sont des facteurs importants balisant les choix de solutions.

Voici donc la gamme des services possibles et la place qu'y occupent les services de traduction-interprétation et d'accompagnement.

Niveau 1 (l'idéal)

Un établissement intégralement bilingue

Ce niveau requiert un établissement intégralement bilingue, du conseil d'administration, à la direction en passant par l'équipe de gestion, et tous les employés. L'Hôpital Monfort d'Ottawa, le Centre de santé communautaire de Cornwall ou celui de New Lisgar sont des exemples de l'application de ce premier niveau de solution aux services de santé en français.

Niveau 2

Certains services/programmes bilingues à l'intérieur d'un établissement

Ce deuxième niveau s'exprime par la création de services et/ou de programmes bilingues à l'intérieur d'un même établissement essentiellement anglophone. On peut imaginer un programme bilingue mère/enfant, un programme bilingue de services palliatifs, un service d'urgence bilingue, programme de médecine familiale bilingue, etc. Cette solution implique que la totalité des postes dans ces programmes soient bilingues.

Niveau 3

Certaines parties de certains programmes sont bilingues

Le service en français de ce troisième niveau de solution se limite à diverses fonctions en divers lieux précis, souvent en quantité limitée selon les quarts de travail. On peut retrouver un service en français à certains points d'entrée de l'établissement comme l'admission et le triage à l'urgence. Le service peut être fonction de l'achalandage puisqu'il peut n'y avoir qu'une seule personne bilingue par quart de travail dans certains services comme la médecine familiale, le maintien à domicile, etc. Cette solution implique la désignation de postes bilingues.

Niveau 4

Un service d'accompagnement est offert

L'accompagnement vise à maximiser les bienfaits des services offerts au client en l'aidant à naviguer dans le monde complexe des soins de santé, tout en démystifiant et en simplifiant l'accès aux soins.

Niveau 5

Un service de traduction-interprétation est offert

L'interprétation permet à une personne bilingue et formée à cette fin de servir d'interprète et d'intermédiaire entre le personnel soignant et le client / patient.

L'utilisation d'interprètes et d'accompagnateurs ne doit pas être vue comme la solution à tous les problèmes. Toutefois, vu certaines contraintes, le recours à des interprètes reste une stratégie à considérer compte tenu de la disponibilité des ressources.

Niveau 6

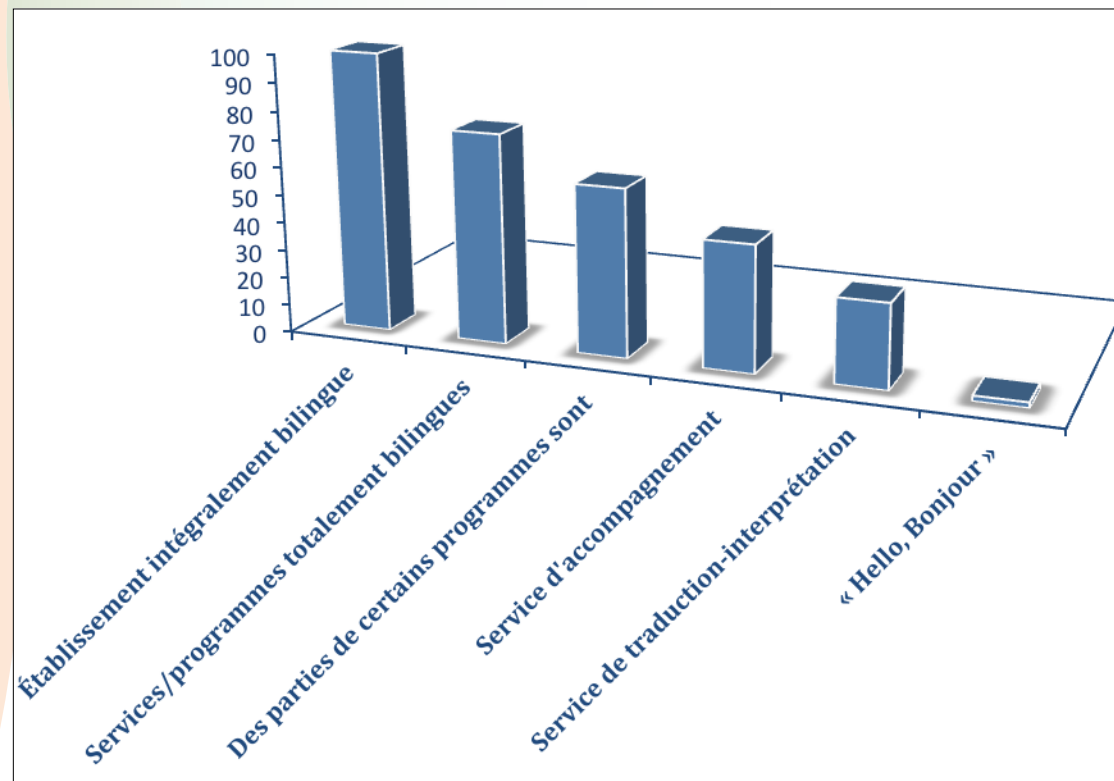
« Hello, Bonjour »

Il s'agit d'un service minimaliste qui ne va pas au delà du tout premier volet d'accueil.

Ce type d'accueil n'a de francophone que le mot « Bonjour » et ne s'ouvre sur aucun service connexe, y inclus très souvent la suite de la conversation d'accueil en français.

On peut parler ici de service symbolique.

Gradation des solutions



4. Traduction-interprétation et service d'accompagnement

Comme on l'a vu, il faut distinguer traduction-interprétation et service d'accompagnement.

La traduction-interprétation permet à une personne bilingue de servir d'interprète et d'intermédiaire entre le personnel soignant et le client / patient. L'accompagnement vise à maximiser les bienfaits des services offerts au client en l'aidant à naviguer dans le monde complexe des soins de santé, tout en démystifiant et en simplifiant l'accès aux soins.

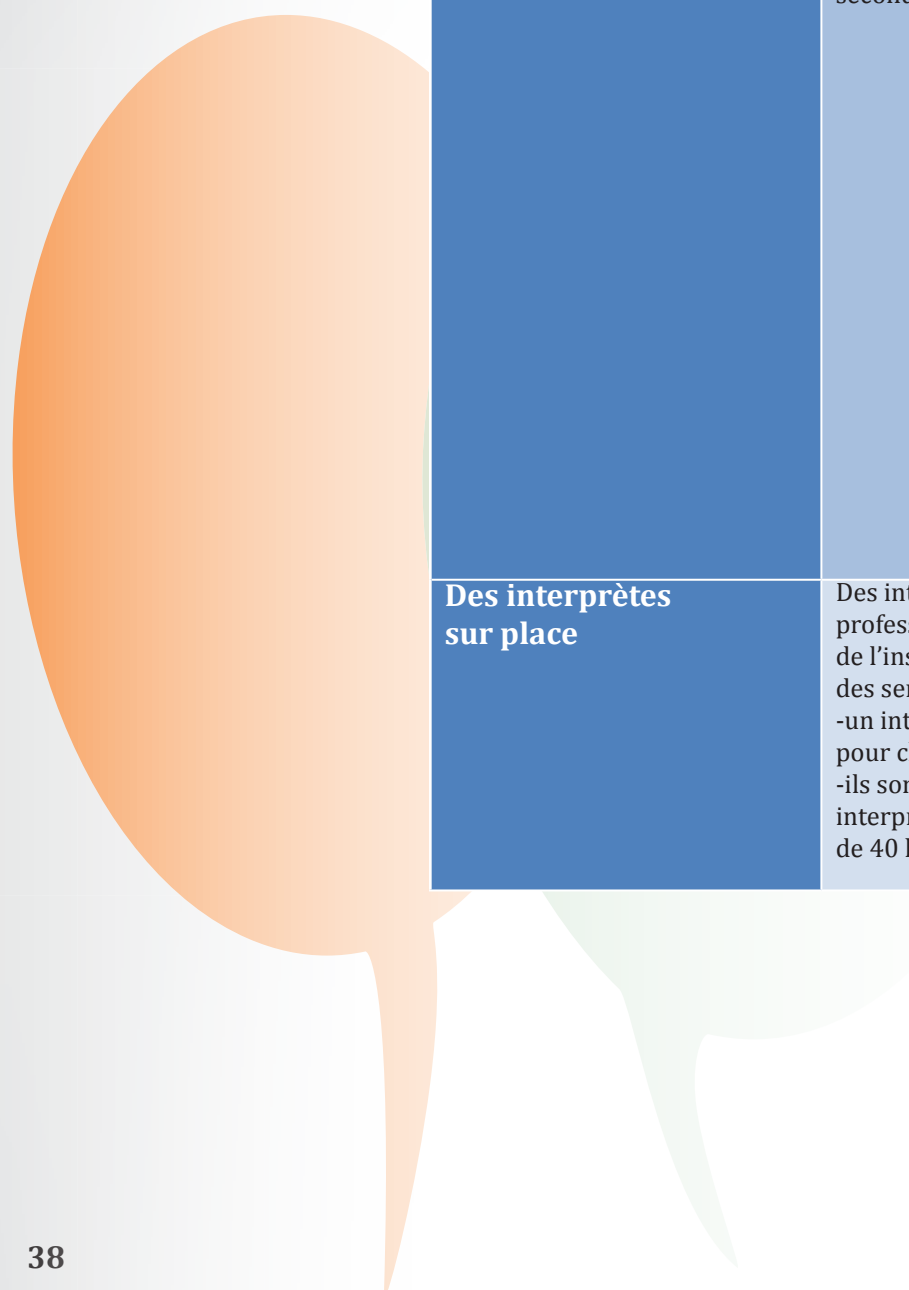
Différents modèles existent comportant chacun des avantages et des inconvénients. Il est important de bien les saisir afin de choisir les meilleures pratiques.

4.1 La traduction-interprétation

4.1.1 les modèles, leurs avantages et inconvénients

Les cinq catégories selon Hsieh (2006)

Modèles	Qui sont-ils ?	Avantages	Inconvénients
Des interprètes fortuits	La famille, les amis ou des personnes bilingues qui se trouvent fortuitement sur place (ex. d'autres patients en salle d'attente).	-disponibles sur place -apparence de coût nul pour l'institution -confidentialité (selon les règles de pratique professionnelle en vigueur) Permettent une discussion avec le patient.	-n'ont aucune formation d'interprète -offrent un service ad hoc Possible atteinte à la vie privée -neutralité et loyauté non garanties. -erreurs d'interprétation possibles -possibilité d'auto censure - possible inversion des rôles familiaux
Des interprètes non formés			



Des intervenants en santé bilingues	Ce sont des intervenants en santé qui ont appris la langue maternelle du patient en tant que langue seconde.	-disponibles sur place -ont une formation sur la relation patient / intervenant (souvent incluse dans leur formation de base) -ont une bonne connaissance de la terminologie médicale -coût indirect limité -confidentialité (selon les règles de pratique professionnelle en vigueur)	-n'ont pas de formation d'interprète -disponibilité limitée dans le temps -possibles erreurs d'interprétation (dues à des connaissances linguistiques et culturelles limitées) -représente une utilisation inefficace d'une ressource (perte de productivité et coûts en lien avec une échelle salariale) -problème de neutralité (orientation en fonction du lien à une discipline donnée)
Des interprètes sur place	Des interprètes professionnels à la solde de l'institution qui donnent des services en personne. -un interprète différent pour chaque langue -ils sont formés en interprétation (formation de 40 heures à 5 jours)	-sont formés et disponibles sur place.	-coûts additionnels de main d'œuvre.

Des interprètes au téléphone	Des interprètes professionnels qui traduisent des communications verbales à distance. -sont recrutés par les experts en langues -leur formation garantit habileté et précision de traduction et leur donne une bonne compréhension des nuances culturelles. -peuvent avoir subi un test de compétence linguistique -n'ont pas nécessairement de connaissances en santé	-sont formés et facilement accessibles via un outil de communication.	-ne sont pas sur place. -ne sont pas spécialisés en santé -n'ont que peu ou pas de connaissance de la situation locale
-------------------------------------	--	---	--

4.1.2 Les bénéfices d'un service de traduction / interprétation

L'utilisation d'un interprète professionnel (WRHA, 2012)

- augmente la qualité des soins
- contribue à la sécurité de l'utilisateur
- améliore la gestion de risque
- permet une meilleure utilisation des ressources
- augmente la satisfaction de l'utilisateur et de l'intervenant en santé

Les données permettant de lire un consensus sur la satisfaction des utilisateurs d'un service d'interprétation sont limitées (Flores, 2005):

- Une étude conclut que les patients qui ont profité d'un service d'interprétation sont aussi satisfaits que ceux qui ont eu accès à des professionnels en santé bilingues.
- Une autre étude démontre que les médecins étaient passablement plus satisfaits d'un service d'interprétation téléphonique que leurs patients .
- Une autre étude a démontré que les utilisateurs d'un service d'interprétation professionnel avaient bénéficié de plus de suivis en première ligne et de moins de retours à l'urgence. (Bernstein et al, 2002).
- Les auteurs d'une analyse de la littérature concluent que le recours à des interprètes professionnels semble améliorer la qualité des soins, la rendant équivalente ou presque à celle de patients qui ne font face à aucune barrière linguistique.

4.1.3 Conditions gagnantes et mises en garde

- Les interprètes devraient connaître les formulaires et documents les plus courants en soins de santé (HIN, 2010)
- Un interprète ne devrait pas avoir à obtenir de consentement à une intervention médicale ou à jouer le rôle de témoin lors de la signature d'un tel consentement (HIN, 2010)
- L'utilisation d'un interprète lors de l'admission est d'une importance majeure étant donné que l'anamnèse du patient de même que son historique globale représentent environ 70 % des renseignements nécessaires à l'établissement d'un diagnostic précis (Lindholm et al, 2012).
- L'utilisation d'un interprète en salle d'urgence est très important étant donné qu'un bon diagnostic ne peut être établi qu'à partir d'une communication précise et efficace. (Ginde et al, 2009).

4.1.4 Les meilleures pratiques

Voici un sommaire des douze éléments essentiels de l'interprétation selon ce qui fait consensus au plan international (Bowen, 2004) :

1. L'existence de politiques et standards garantissant un service d'interprétation gratuit à tous les points de service en tout temps. Une formation est requise pour les interprètes.
2. Il est requis pour les intervenants en santé d'utiliser les services d'un interprète lorsqu'une barrière linguistique existe. La procédure d'accès au service est claire et connue.
3. Les intervenants en santé sont formés pour travailler avec des interprètes.
4. Il existe des directives liées à la communication via un interprète.
5. Seuls des interprètes formés sont utilisés. On ne fait appel à la famille et aux amis qu'à la demande du patient. Des employés peuvent servir d'interprètes seulement s'ils sont adéquatement formés et qu'une situation particulière, telle une urgence, se présente.
6. La formation d'un interprète comprend l'apprentissage des protocoles de soin, un volet éthique, un tour d'horizon de la terminologie médicale et un rappel des habiletés requise en interprétation.
7. La formation des interprètes devrait durer au moins 40 heures.
8. Les utilisateurs sont renseignés sur leurs droits par rapport au service d'interprétation.
9. La gestion du service d'interprétation est la responsabilité de la haute direction.
10. Des données sont colligées sur les demandes de service (langues requises, institution de santé impliquée, type d'interprétation, etc.).
11. La description de tâche d'un interprète doit être reconnue.
12. Une procédure d'évaluation du service d'interprétation est mise en place.

4.2 Le service d'accompagnement

4.2.1 Qu'est-ce que l'accompagnement dans un système de santé ?

Une approche qui vise un meilleur accès aux services de soins de santé (Broeckaert et al, 2014) :

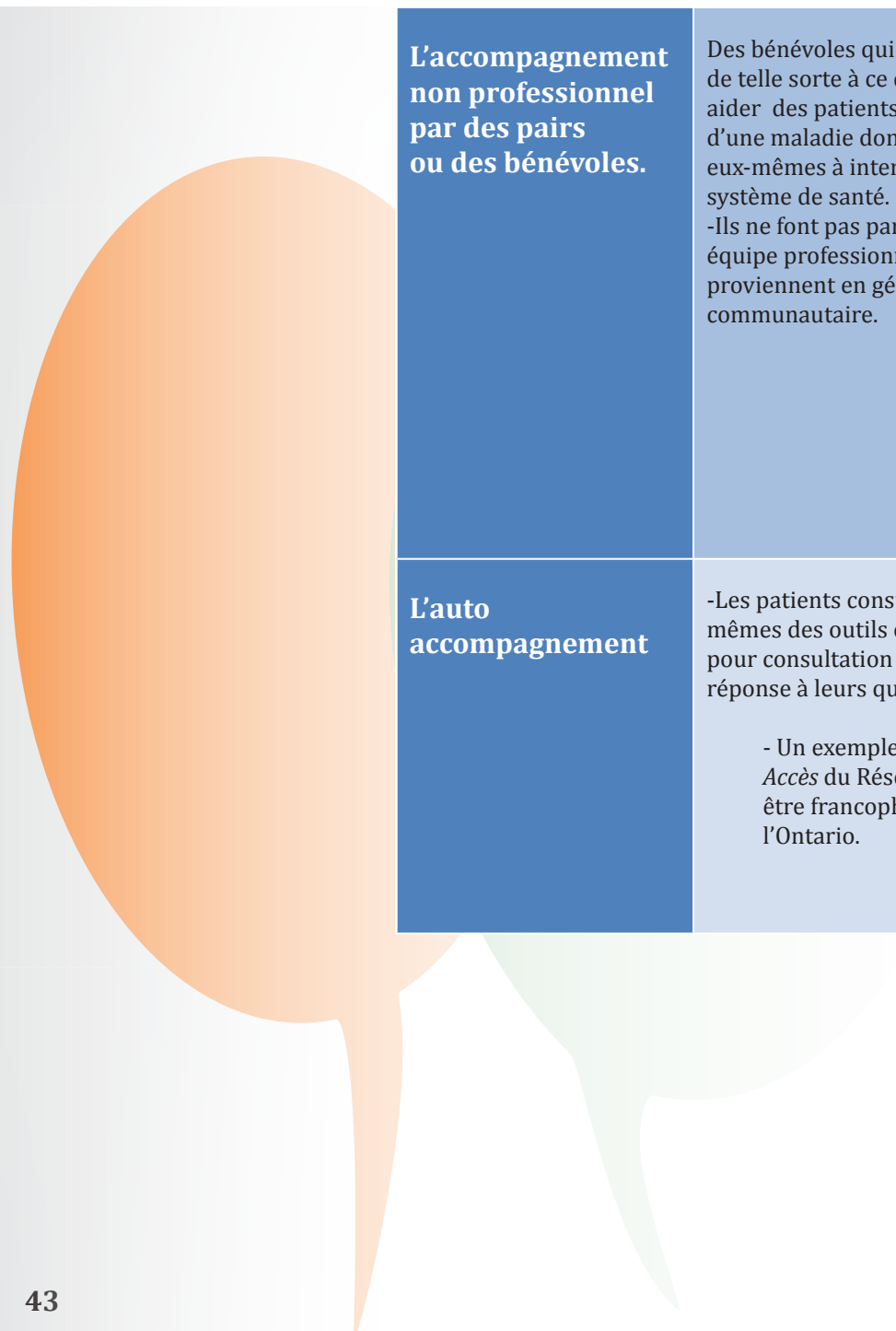
- En aidant les patients à obtenir les soins qu'il leur faut sans égard à la race, le sexe, le statut socio-économique ou tout autre facteur pouvant déboucher sur des soins de moindre qualité.
- En identifiant et réduisant les obstacles qui peuvent compromettre la qualité des soins ou les retarder indûment.
- En offrant aux patients un soutien personnalisé, ce qui inclut la prise de rendez-vous, le transport, des directives, du counselling, de l'information pertinente en santé, etc.

4.2.2 L'accompagnement : le concept

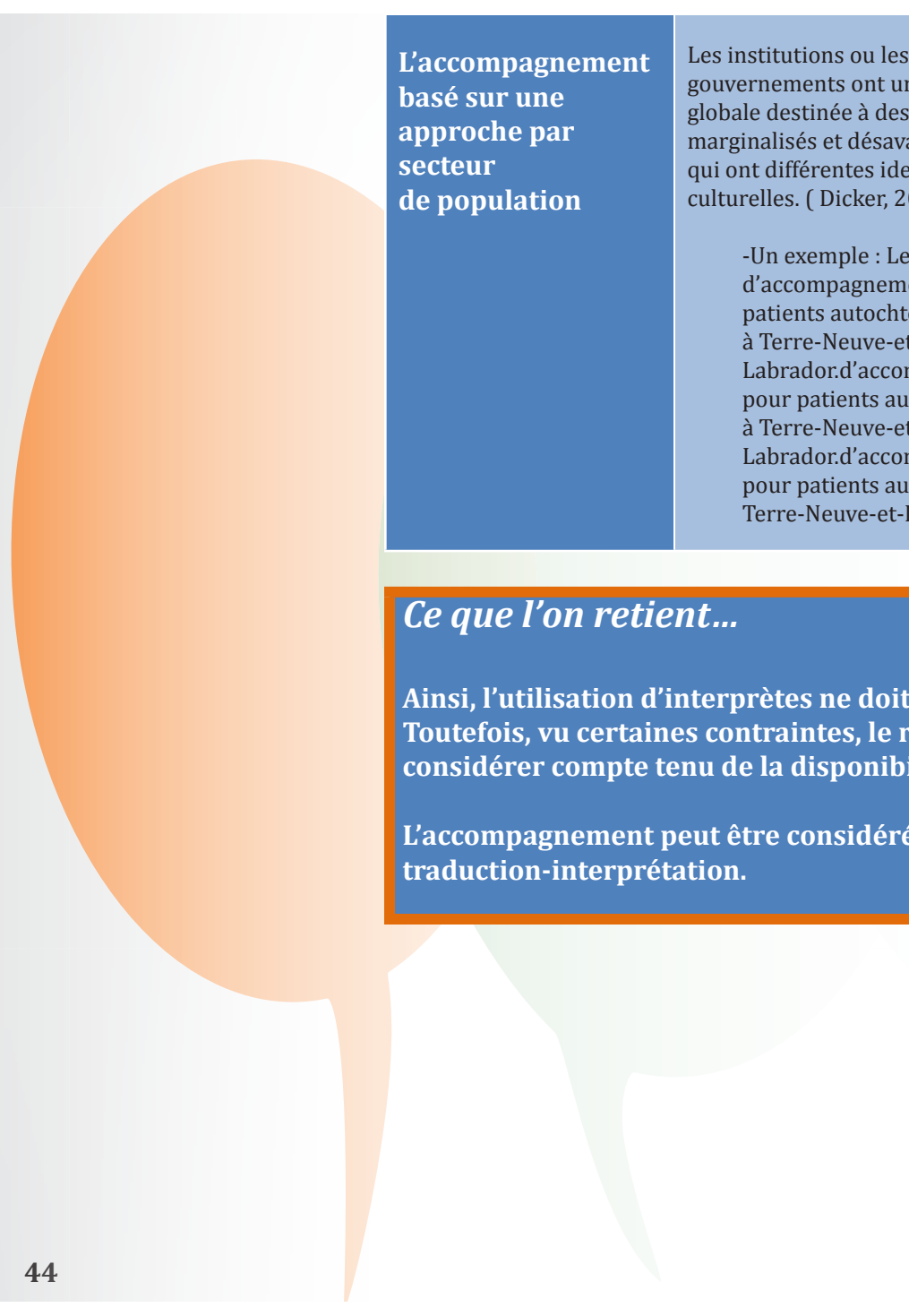
- Le concept d'accompagnement est né d'un désir d'aider les personnes souffrant du cancer du SIDA. Il a été par la suite étendu, sur une base exploratoire, aux personnes atteintes de maladie mentale ou de maladie chronique.
- Les modèles d'accompagnement visent tous à maximiser les bienfaits des soins et services offerts aux patients grâce à une meilleure compréhension de l'univers complexe des soins de santé. Ces modèles cherchent à démystifier et simplifier l'accès aux services en les rendant plus faciles à comprendre et à utiliser grâce à une meilleure connection avec le patient.
- Les modèles d'accompagnement sont multiples.

4.2.3 Les modèles d'accompagnement (Bowes, 2010)

Modèle	Qui ?	Avantages	Inconvénients
L'accompagnement professionnel (non clinique)	Des professionnels en soins de santé qui possèdent une expertise et une expérience particulières liées à une maladie dont le patient est atteint. Ils exercent leurs fonctions dans le contexte du système de santé.	Ils servent de guides aux patients par rapport aux programmes et services offerts par les institution de santé et le secteur communautaire. Ils agissent comme personne ressource clé pour les patients et leur famille.	Les coûts de ce personnel dédié. Les coûts de leur formation. Difficultés de recrutement du personnel nécessaire. Difficulté à rendre universellement accessible en situation de faible densité de population.
L'accompagnement professionnel (clinique)	Des professionnels en soins de santé qui : -possèdent une connaissance poussée de la maladie, les traitements correspondants et la gestions des symptômes; -possèdent une habileté supérieure en communication interpersonnelle; -des habiletés en gestion de problèmes et en travailler en équipe; -une compréhension complète des rouages et du fonctionnement du système de santé; -une bonne connaissance des ressources communautaires pouvant aider les patients.	-Gèrent les évaluations que reçoivent les patients; -Offrent un appui personnalisé quant à la prise de décision tant au plan clinique que psycho-social. Ils dirigent les patients vers les ressources appropriées; -Font le lien entre les patients et les ressources communautaires spécialisées; -Contribuent à l'éducation des patient quant à leur état de santé; -Coordonnent tous les aspects possibles de ce qui donne de meilleurs soins et permet une meilleure gestion par le patient de son problème de santé.	



L'accompagnement non professionnel par des pairs ou des bénévoles.	Des bénévoles qui ont été formés de telle sorte à ce qu'ils puissent aider des patients qui souffrent d'une maladie dont ils ont souffert eux-mêmes à interagir avec le système de santé. -Ils ne font pas partie d'une équipe professionnelle de soins et proviennent en général du secteur communautaire.	-Servent de guide aux patients et trouvent des solutions à des problèmes d'accès de service; -Offrent un appui aux patients aux prises avec des difficultés affectives, financières ou administratives; -Développent une relation avec les fournisseurs de services; -Offrent un suivi des étapes avec les patients.	-De moins grande portée que l'accompagnement professionnel; -Axé sur la réponse aux besoins exprimés par le patient; -Aucun conseil médical, aucune évaluation ni d'aide à la prise de décision.
L'auto accompagnement	-Les patients consultent eux-mêmes des outils offerts en ligne pour consultation afin de trouver réponse à leurs questions. - Un exemple : <i>La Trousse Accès du Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario.</i>	À défaut de tout autre service, les patients peuvent quand même trouver des réponses.	Tous ne sont pas aptes ou en position de s'auto accompagner.



L'accompagnement basé sur une approche par secteur de population	Les institutions ou les gouvernements ont une approche globale destinée à des populations marginalisés et désavantagés qui ont différentes identités culturelles. (Dicker, 2009). -Un exemple : Le programme d'accompagnement pour patients autochtones à Terre-Neuve-et-Labrador.d'accompagnement pour patients autochtones à Terre-Neuve-et-Labrador.d'accompagnement pour patients autochtones à Terre-Neuve-et-Labrador.	Une approche pro-active qui va au-devant des personnes.	Identification des bénéficiaires pas toujours évidente.
---	--	--	--

Ce que l'on retient...

Ainsi, l'utilisation d'interprètes ne doit pas être vue comme la solution à tous les problèmes. Toutefois, vu certaines contraintes, le recours à des interprètes reste une stratégie transitoire à considérer compte tenu de la disponibilité des ressources.

L'accompagnement peut être considéré comme un complément très valable au service de traduction-interprétation.

5. Les réalités du Yukon et de Terre-Neuve-et-Labrador

5.1 Terre-Neuve-et-Labrador

Le nombre de francophones (réponses uniques et multiples) à Terre-Neuve-et-Labrador est passé de 2 225 en 2006 à 3 015 en 2011 ce qui représente une évolution de 36 %. En comparaison, la population totale de Terre-Neuve-et-Labrador a évolué de 2 % passant de 500 610 à 509 950 personnes. Ceci veut dire que la communauté franco-terre-neuvienne-et-labradorienne a évolué 18 fois plus que la population totale ce qui fait que son poids démographique est passé de 0,4% à 0,6%. Les franco-terre-neuviens-et-labradoriens représentent donc maintenant plus d'1/2 % de la population.

Certaines régions ont vu leur population francophone se développer de façon extraordinaire comme la Péninsule de Burin et la Côte Sud de Terre-Neuve qui ont connu respectivement des bonds de 1 100% et de 200%. Toutes les régions de recensement ont constaté des augmentations de leur population francophone à l'exception de la Péninsule de Port-au-Port et du Labrador Sud.

La majorité de la population francophone de Terre-Neuve-et-Labrador, qui demeure néanmoins très dispersée, se retrouve dans quatre divisions de recensement et représente une très faible proportion de la population globale.

Malgré cela, les données démographiques récentes donnent du poids aux démarches que le RSFTNL désire entreprendre pour améliorer les services d'interprétation et d'accompagnement en français dans le domaine de la santé.

Qui plus est, la Politique sur les services en français a pour objectif l'adoption d'une approche uniforme et coordonnée pour la prestation de services en français dans l'ensemble du gouvernement provincial.

Le Bureau des services en français (BSF) du Secrétariat des ressources humaines est le point de contact principal du gouvernement provincial en ce qui a trait aux services en français et aux affaires francophones. Il collabore avec les ministères pour renforcer leur capacité à offrir des services en français au public. Le BSF travaille également avec les ministères pour encourager le dialogue et les partenariats avec la communauté francophone et acadienne de Terre-Neuve-et-Labrador. Pour atteindre cet objectif, le BSF peut être amené à faire appel, au besoin, à d'autres acteurs d'horizons divers.

Cette politique s'applique à tous les ministères du gouvernement provincial.

Les recommandations formulées tiendront compte de cette politique et des gestes de bonne volonté qui ont été réalisés jusqu'à présent et de la situation particulière de proximité avec St-Pierre et Miquelon et le Québec – ceci amenant des francophones unilingues à utiliser le système de santé de Terre-Neuve-et-Labrador – et proposeront des démarches faisant valoir les coûts associés à des services non appropriés ou mal interprétés et feront référence au principe de qualité de service et aux facteurs déterminants de la santé. Dans ces deux derniers éléments, la langue de service est un facteur important. L'étude Pour des services de santé linguistiquement et culturellement adaptés réalisée par la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB) et la Société Santé en français offre des pistes intéressantes à ce sujet.

5.2 Yukon

Données à venir.

Conclusion

La langue de communication dans les soins de santé est importante. Il s'agit d'un enjeu réel.

Il est très important qu'un patient puisse exprimer un problème de santé à son professionnel soignant dans sa langue maternelle sans quoi il y a des conséquences graves pour les citoyens (des préjudices) et le système.

Les solutions sont diverses et s'ordonnent en hiérarchie quant à leur efficacité globale.

Il n'est pas réaliste de croire que toutes les solutions peuvent s'appliquer partout.

Au Yukon et à Terre-Neuve-et-Labrador, il est approprié de considérer la traduction-interprétation et l'accompagnement comme des solutions à privilégier.

Ces solutions comportent des embûches et ne peuvent pas être improvisées.

Elles doivent être déployées dans les règles conformément à ce qui s'est avéré efficace sur le terrain.

Ainsi donneront-elles les résultats recherchés.

