

IMPACT DES BARRIÈRES LINGUISTIQUES SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET LA QUALITÉ DES SOINS



Rapport final

Rédigé par Sarah Bowen, Ph. D.

Pour le compte de la Société Santé en français

Août 2015

IMPACT DES BARRIÈRES LINGUISTIQUES SUR LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS DE SANTÉ

POINTS CLÉS

1. L'impact des barrières linguistiques sur la santé et les soins de santé a fait l'objet de recherches importantes, en particulier au cours des 20 dernières années. Ces études (auxquelles s'ajoutent plusieurs revues systématiques et recensions critiques) ont mis en lumière les effets néfastes des barrières linguistiques sur l'accès aux soins de santé et sur la satisfaction et l'expérience des patients, ainsi que les disparités dans les soins reçus par les patients maîtrisant l'anglais (la langue dominante) et les patients confrontés à des barrières linguistiques.
2. Les patients qui se heurtent à des barrières linguistiques sont exposés à un risque accru d'erreurs de médication, de complications et d'événements indésirables. Bien souvent, la protection des droits au consentement éclairé et à la confidentialité fait défaut pour les patients ayant une connaissance limitée de l'anglais.
3. Les recherches sur l'accès linguistique ne recoupent pas parfaitement la littérature traitant de la qualité et de la sécurité des soins de santé; par ailleurs, les études pertinentes ne sont pas toujours publiées dans les revues médicales les plus couramment citées. Cela pourrait expliquer en partie pourquoi les intervenants et les gestionnaires sont peu conscients des risques associés aux barrières linguistiques.
4. En raison du manque de données, peu de recherches se sont attardées aux effets des barrières linguistiques dans le contexte canadien. L'examen des mécanismes au moyen desquels les barrières linguistiques se répercutent sur la qualité des soins et la sécurité révèle cependant que, pour l'essentiel, les conclusions des recherches internationales s'appliquent au Canada.
5. Alors que des éléments probants signalent l'incidence négative des barrières linguistiques sur la qualité des soins (notamment le risque d'événements indésirables), on n'observe aucune disparité entre la mortalité des patients maîtrisant l'anglais et celle de leurs pairs confrontés à des barrières linguistiques. Ce constat ne surprend guère, vu ce que l'on sait des mécanismes d'action des barrières linguistiques sur la qualité des soins et les limites des méthodes utilisées pour examiner l'incidence de ces barrières sur les résultats cliniques.
6. Plusieurs facteurs entravent la prise de mesures visant à minimiser les risques que les barrières linguistiques font peser sur la qualité des soins et la sécurité des patients : la méconnaissance des études actuelles; les lacunes de la recherche canadienne; l'absence de code linguistique dans les données canadiennes; l'habitude de concevoir l'accès linguistique comme une affaire de sensibilité culturelle (et non de sécurité des patients); et l'incapacité de « traduire » les données disponibles en des gestes concrets dans le domaine des soins.
7. Des recherches récentes ont entrepris de décrire les mécanismes complexes en vertu desquels la langue, la culture, la race ou l'ethnicité et la littératie peuvent affecter les soins aux patients.

8. À l'heure actuelle, la prise en compte des risques associés aux barrières linguistiques repose sur le dévouement et la largeur de vue de fournisseurs individuels plutôt que sur la mise en œuvre de stratégies efficaces, fondées sur des données probantes, au niveau systémique. Cette approche est inacceptable à la lumière des méthodes éprouvées dont on dispose actuellement pour assurer la sécurité des patients.
9. Le présent rapport passe en revue les conséquences des données disponibles pour les études à venir, pour la Société Santé en français et pour le mouvement sur la sécurité des patients.

TABLE DES MATIÈRES

POINTS CLÉS	2
<u>INTRODUCTION</u>	7
But du rapport	7
Structure du rapport	7
Sélection des articles	7
Glossaire	8
<u>SECTION 1 : CONTEXTE</u>	11
Groupes confrontés à des barrières dans les soins de santé au Canada	11
Essor de la recherche sur les barrières linguistiques et l'accès aux soins	11
Difficultés posées par l'évaluation de l'impact des barrières linguistiques	12
Recherche sur l'accès linguistique et recherche sur la qualité ou la sécurité	13
Tableau 1 : études sur l'accès linguistique et dimensions de la qualité	14
Portée de la littérature connexe	15
Communication dans les soins de santé	15
Littératie en santé	16
Culture, race ou ethnicité et statut d'immigration	17
Compétence culturelle	17
Résumé	18
<u>SECTION 2 : SOMMAIRE DES DONNÉES</u>	19
Introduction	19
Définition de la qualité	19
Organisation de la section	20
Accessibilité des services	20

Définition de l'accès.....	20
Impact des barrières linguistiques sur l'accès.....	20
Renseignements sur les problèmes de santé et les services	20
Accès à un intervenant régulier	20
Participation aux activités de promotion de la santé et de prévention des maladies.....	21
Participation au dépistage du cancer.....	21
Réception des soins préventifs recommandés	21
Accès aux services de santé mentale	22
Autres services touchés	22
Expérience des patients et des intervenants	22
Expérience des patients	22
Satisfaction à l'égard de l'expérience des soins	23
Au-delà de la satisfaction	23
Recherches examinant les soins centrés sur le patient	23
Points de vue des intervenants sur les barrières linguistiques.....	24
Qualité et pertinence des soins.....	24
Évaluation des patients	25
Traitement prescrit.....	25
Traitement de la douleur et de la détresse face aux symptômes.....	26
Gestion des maladies chroniques.....	27
Gestion de l'asthme.....	27
Gestion du diabète	27
Soins aux aînés	28
Soins en fin de vie	28
Consentement éclairé et confidentialité	28
Sécurité des patients	29
Événements indésirables.....	29
Erreurs d'omission et de commission	30
Indicateurs d'événements indésirables.....	30
Erreurs de médication	31
Barrières linguistiques et taux de mortalité	33
Ouvrir la « boîte noire » des résultats cliniques	34

Exactitude des données sur la maîtrise linguistique	35
Pertinence de la mortalité à titre d'indicateur de la qualité.....	35
Correction des données démographiques et des données sur la gravité	35
Prise en compte partielle des variables de confusion possibles	36
Incidence des barrières linguistiques dans les soins intensifs	37
Résumé	37
<u>SECTION 3 : CONSÉQUENCES À TIRER</u>	38
Difficultés liées à la promotion d'une action de lutte contre les barrières linguistiques	38
Niveau de sensibilisation à la recherche.....	38
Idées fausses : qui est à risque	38
Idées fausses : comment surmonter les barrières linguistiques.....	39
Lacunes de la recherche canadienne	39
Conception de l'accès linguistique comme un enjeu secondaire	40
Actions requises	40
Recherches	40
Promotion de l'utilisation des données	41
Conséquences pour la SSF	41
Promouvoir la recherche sur l'incidence des barrières linguistiques sur les minorités de langue officielle	42
Élaborer et promouvoir des stratégies qui facilitent le passage de la recherche à l'action.....	42
Établir des collaborations avec d'autres communautés linguistiques..... minoritaires	43
Formuler des orientations concernant les recherches et les interventions futures	43
Résumé	43
<u>CONCLUSION</u>	44
<u>RÉFÉRENCES</u>	46

IMPACT DES BARRIÈRES LINGUISTIQUES SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET LA QUALITÉ DES SOINS

INTRODUCTION

BUT DU RAPPORT

Ce rapport a pour but d'effectuer une recension *critique* (Grant et Booth, 2009) de la littérature traitant de l'impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients dans le contexte de la qualité des soins. Il ne prétend pas à l'exhaustivité, mais vise plutôt à présenter une synthèse des données actuelles et un cadre pour la suite des recherches.

Ce rapport a été établi à la demande de la Société Santé en français (SSF) : ses conclusions renseigneront la SSF sur l'état des recherches dans ce domaine primordial. Soulignons cependant qu'il présente un sommaire des données relatives aux barrières linguistiques *en général* : ses constatations ne se rapportent pas précisément aux francophones du Canada.

La recherche sur l'accès linguistique est vaste et compte de multiples facettes. Il est donc utile de préciser que ce rapport ne cherche pas à examiner tous les effets des barrières linguistiques dans le domaine des soins de santé (p. ex., les effets sur l'utilisation des services, le coût des soins ou la participation à des études). D'autres sujets connexes importants sont également mis de côté : a) les données sur les stratégies efficaces de lutte contre les barrières linguistiques; b) les questions légales associées à la prestation de services d'accès linguistique; c) les normes ou les pratiques exemplaires pouvant guider la prestation de services.

STRUCTURE DU RAPPORT

À la suite de cette brève introduction et du glossaire, la **Section 1** (Contexte) fait un tour d'horizon des problèmes posés par l'évaluation des données sur les barrières linguistiques, la sécurité des patients et la qualité des soins. La **Section 2** s'attarde aux données concernant l'incidence des barrières linguistiques sur la qualité des soins de santé, en mettant l'accent sur la sécurité. Plusieurs explications y sont avancées afin d'éclairer les constatations. Enfin, la **Section 3** aborde de façon succincte les conséquences de ces données pour la SSF et d'autres unités de santé et organismes de recherche.

SÉLECTION DES ARTICLES

Nous avons effectué des recherches fouillées dans deux bases de données : Medline et Scopus. Les recherches ont porté sur les termes français et anglais suivants : *barrières linguistiques/linguistic barriers/language disparities/limited English proficient*, associés à *patient safety/quality of care/adverse events/health disparities*, après 2000 (Plusieurs revues systématiques résument les conclusions de la littérature jusqu'au début ou au milieu des années 2000). Un examen des titres et des résumés a permis d'exclure ceux qui ne faisaient pas de distinction entre les barrières linguistiques et les minorités ethniques ou raciales. À la liste initiale sont venus s'ajouter un nombre important d'articles clés repérés

en dépouillant les listes de références. Cette stratégie a aussi entraîné l'inclusion de certaines études marquantes publiées avant 2000.

GLOSSAIRE

Le lecteur trouvera ci-après la définition de certains termes courants utilisés dans ce rapport.

Accès linguistique : terme général qui englobe les stratégies permettant aux clients de communiquer de façon efficace avec le personnel du système de soins de santé, et aux intervenants de communiquer de façon efficace avec eux. Les services d'accès linguistique peuvent prendre différentes formes : services d'interprétation (en personne ou à distance); information en matière de santé disponible en plusieurs langues et formats; signalisation; services directement assurés par des fournisseurs bilingues.

Ajustement (ou correction) : atténuation des différences entre les groupes de population effectuée à l'aide de méthodes statistiques dans le but de permettre des comparaisons appropriées entre les groupes. Les ajustements peuvent porter sur les caractéristiques des patients (p. ex., âge, sexe, statut socio-économique), la gravité des états pathologiques ou le niveau d'utilisation des services (p. ex., groupement de maladies analogues).

Analyse des causes fondamentales : processus visant à cerner les facteurs fondamentaux ou déterminants qui sous-tendent les écarts de rendement, y compris un événement sentinelle.

Attrition d'une langue : perte de la capacité de parler une langue précédemment apprise.

Compétences limitées en anglais (*Limited English Proficiency*) : terme courant dans les études américaines qui désigne les locuteurs ayant une capacité limitée de parler ou de comprendre l'anglais ou, plus généralement, les locuteurs « *qui ne maîtrisent pas la langue dominante des soins de santé* ». S'y oppose la notion de « maîtrise de l'anglais » (***English proficient***), très utilisée dans ce rapport puisqu'elle reflète la terminologie des recherches actuelles. En réalité, il serait plus exact de parler de « maîtrise de la langue dominante ». Rappelons aux lecteurs canadiens qu'au Québec, la langue « dominante » est le français; autrement dit, les locuteurs qui ne maîtrisent pas le français constituent la population d'intérêt.

Entretiens concordants sur le plan linguistique : interactions liées aux soins de santé dans lesquelles l'intervenant et le client parlent couramment la même langue. Au contraire, dans les ***entretiens discordants sur le plan linguistique***, l'intervenant et le client ne parlent pas la même langue.

Erreur médicale : acte de commission ou d'omission qui accroît sensiblement le risque d'un événement médical indésirable. Une erreur peut découler du fait qu'une action planifiée n'ait pas été exécutée comme prévu ou de l'utilisation d'un plan erroné pour atteindre un objectif. Une erreur médicale peut ou non donner lieu à un événement indésirable.

Étude descriptive : étude visant exclusivement à décrire la répartition actuelle des variables, sans s'intéresser aux hypothèses de nature causale ou autre.

Étude d'observation : étude épidémiologique qui n'exige aucune intervention de la part du chercheur.

Étude expérimentale : étude dont les conditions sont sous le contrôle direct du chercheur.

Événement indésirable : événement involontaire dans la prestation des services de soins de santé qui entraîne un préjudice et qui n'est pas attribuable à une complication reconnue (Institut canadien pour la sécurité des patients, 2008).

Événement sentinelle : événement inattendu entraînant la mort ou un grave préjudice physique ou psychologique. Ce type d'événement est appelé « sentinelle » parce qu'il signale la nécessité d'une enquête et de mesures immédiates (Institut canadien pour la santé des patients).

Fausse maîtrise linguistique : situation dans laquelle un intervenant a l'impression de comprendre le patient et de communiquer clairement ses questions ou ses instructions, mais risque de commettre des erreurs graves. La fausse maîtrise se produit souvent lorsque le locuteur a des compétences limitées dans l'autre langue.

Hausse du niveau de triage : le triage médical consiste à classer les patients (p. ex., dans une salle d'urgence) en fonction du degré de priorité des soins. On parle de « hausse du niveau de triage » lorsque le patient est affecté à une catégorie de risque « plus élevée » que ne le justifient les données sur son état, en raison d'une incertitude.

Interprétation : s'entend du processus qui consiste à relayer d'une langue à une autre un message oral ou gestuel *en conservant son sens*. L'**interprétation en santé** ou l'**interprétation médicale** concerne les problèmes de santé ou se déroule dans le système des soins. Les **interprètes en santé formés** sont des personnes qui ont suivi une formation professionnelle appropriée dans le domaine de l'interprétation en santé, et qui connaissent l'organisation du système de santé, le vocabulaire médical dans les deux langues, les normes éthiques et les codes de conduite liés aux soins. Les **interprètes ponctuels ou bénévoles** sont des membres de la famille, des amis ou d'autres personnes qui servent d'interprètes au client.

Intervenant bilingue : intervenant en matière de santé capable d'assurer un service efficace aussi bien dans la langue dominante que dans la langue minoritaire.

Langue maternelle : première langue apprise durant l'enfance et encore comprise (Statistique Canada). Pour ce qui est des personnes confrontées à des barrières linguistiques dans une situation de langue officielle minoritaire, la mesure suivante serait plus utile : **parle le plus souvent une langue autre que l'anglais à la maison**.

Minorités de langue officielle : les locuteurs francophones ou anglophones du Canada qui se trouvent en situation de minorité numérique dans la province ou la région où ils habitent.

Qualité : mesure dans laquelle les services de santé destinés aux particuliers et aux populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats cliniques attendus et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles. (Institut canadien pour la sécurité des patients)

Sécurité des patients : la réduction des actes dangereux posés dans le système de santé, l'atténuation de leurs effets et le recours à des pratiques exemplaires qui donnent des résultats optimaux confirmés chez les patients.

Traduction : conversion *d'un texte* d'une langue à une autre.

Validité apparente : le fait qu'un test ou un indicateur semble mesurer ce qu'il est censé mesurer (à première vue).

SECTION I : CONTEXTE

GROUPES CONFRONTÉS À DES BARRIÈRES DANS LES SOINS DE SANTÉ AU CANADA

Au Canada, quatre groupes sont susceptibles de rencontrer des barrières linguistiques dans le cadre des soins de santé : les Premières Nations et les Inuits; les immigrants et les réfugiés; les personnes sourdes et les personnes sourdes et aveugles; enfin, selon leur lieu de résidence, les locuteurs de l'une des deux langues officielles du Canada (minorités de langue officielle). Le droit d'avoir accès aux soins dans la langue préférée varie d'un groupe à l'autre ainsi que d'une province et d'un territoire à l'autre, tout comme les stratégies privilégiées pour la prestation de services d'accès linguistique. Néanmoins, comme l'a révélé une étude antérieure (Bowen, 2001), l'impact des barrières linguistiques sur la santé et les soins est semblable dans tous les groupes.

ESSOR DE LA RECHERCHE SUR LES BARRIÈRES LINGUISTIQUES ET L'ACCÈS AUX SOINS

Bien que relativement récente, la recherche sur les barrières linguistiques prend de l'essor. Jusqu'aux années 1980, le peu d'études disponibles étaient des études de cas (qui illustraient de manière frappante les conséquences de l'inaction face aux barrières linguistiques, sans toutefois apporter les « chiffres » nécessaires pour susciter un changement de politique). Les méthodes de recherche se sont depuis diversifiées : enquêtes, méthodes qualitatives comportant des entrevues et des groupes de discussion, analyse des données secondaires (données recueillies dans un autre but) et, moins fréquemment, examen des dossiers des patients ou méthodes d'évaluation économique.

La recherche sur les barrières linguistiques s'est beaucoup développée depuis les années 1990. Les sujets de recherche qui se prêtent aux études descriptives (p. ex., l'accès aux soins, la satisfaction des patients) ont été privilégiés. La plupart des études et des revues systématiques ont porté sur l'accès, les pratiques d'interprétation et les « résultats », dont la satisfaction des patients (Schwei et al., 2015). Elles ont mis en évidence l'impact négatif des barrières linguistiques sur deux dimensions des soins – l'« accès » et la « satisfaction des patients » –, de sorte que cet impact fait aujourd'hui consensus parmi les experts. Deux autres domaines de recherche ont reçu une attention croissante ces dernières années : a) le point de vue et les expériences des intervenants; b) les données sur les risques, la sécurité des patients et la pertinence des soins.

Les lacunes restent cependant nombreuses : la plupart des études sont descriptives et peu ont évalué l'efficacité des interventions (Schwei et al., 2015). L'étude des barrières linguistiques dans les soins de santé au moyen de schémas expérimentaux comme les essais cliniques randomisés comporte des limites, et l'éthique exige que de tels essais excluent les scénarios déjà reconnus comme pénalisants. Ainsi, ce serait un manquement à l'éthique que d'attribuer de façon aléatoire à certains locuteurs d'une langue non officielle les services d'un interprète formé et à d'autres, aucun service d'interprétation, puisqu'un nombre suffisant d'éléments font état d'effets négatifs en l'absence de services d'accès linguistique.

Malgré l'intérêt croissant que suscite l'incidence des barrières linguistiques sur la sécurité des patients, le nombre d'études publiées sur la question demeure restreint.

La recherche sur l'accès linguistique ne se borne pas à examiner les effets des barrières linguistiques sur les patients. Elle s'intéresse également à leurs effets sur les intervenants en matière de santé (et les étudiants); à l'acceptabilité et à l'efficacité des stratégies de lutte contre les barrières linguistiques dans l'optique des parties intéressées; aux facteurs organisationnels qui favorisent des interventions réussies; à l'impact des barrières linguistiques sur la qualité de la recherche; enfin, à l'impact de la langue sur les grands déterminants de la santé (p. ex., l'état de santé).

DIFFICULTÉS POSÉES PAR L'ÉVALUATION DE L'IMPACT DES BARRIÈRES LINGUISTIQUES

La recherche sur les barrières linguistiques est tributaire des données disponibles. Au Canada, à l'exception des données recueillies sur les membres des Premières Nations, on ne procède pas à une collecte systématique de données sur l'ethnicité, la race ou la langue (indicateurs d'ethnicité), ce qui complique la recherche (p. ex., l'exploitation de la mine de données provinciales sur la santé en vue de comparer l'utilisation des services et les résultats obtenus). Les enquêtes nationales, telles l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC), apportent certaines données. L'ESCC est une enquête transversale qui recueille de l'information sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé. Elle renferme plusieurs questions sur la langue (p. ex., *Quelles langues connaissez-vous assez bien pour soutenir une conversation? Quelle langue parlez-vous le plus souvent à la maison? Quelle est la langue que vous avez apprise en premier lieu à la maison dans votre enfance et que vous comprenez encore?*). L'ENSP est une enquête longitudinale qui reprend une partie de ces questions, tandis que l'ELIC met l'accent sur l'adaptation des immigrants au Canada. Outre les limites inhérentes aux enquêtes en général, la recherche qui s'appuie sur ces enquêtes nationales est limitée par les renseignements recueillis.

L'impact des barrières linguistiques sur la santé a fait l'objet de peu d'études au Canada, mais leurs conclusions corroborent celles des études internationales. Les travaux canadiens ont principalement porté sur les populations immigrantes et les différences entre groupes ethniques. En 2001, une revue des publications traitant de l'accès linguistique en milieu médical a analysé les données de recherche dans une optique canadienne et évalué les conséquences qui en résultent pour la prestation des soins de santé au Canada. Un faisceau de preuves indiquent que les patients canadiens de langue minoritaire ne reçoivent pas le même niveau de soins conformes à l'éthique que les autres Canadiens et qu'il est permis d'extrapoler une large part des recherches internationales (mais pas toutes) au contexte canadien (Bowen, 2001).

L'essentiel de la recherche sur les barrières linguistiques nous vient des États-Unis et vise la population hispanique/latino-américaine. Il en découle un certain nombre de conséquences qu'il faut avoir à l'esprit en examinant les études :

- Le système de soins de santé du Canada est bien différent du système américain. Comme les services de santé américains n'ont pas toujours été financés par les fonds publics, il importe de vérifier que chaque étude tient compte, dans sa conception, de la situation sur le plan des assurances (autrement dit, la comparaison doit porter sur des sujets bénéficiant d'une couverture d'assurance semblable); presque toutes les études récentes respectent cette exigence.
- Les termes d'« ethnicité » et de « race » ont des sens précis et renvoient à des catégories bien définies aux États-Unis : les programmes de santé financés par l'administration fédérale sont tenus de recourir à ces catégories. Les États-Unis distinguent deux grandes catégories ethniques : celle des Hispaniques et celle des non-Hispaniques; l'ethnicité n'y a pas le même sens qu'au Canada. Les catégories « raciales » ne correspondent pas non plus aux catégories du recensement canadien (p. ex., les minorités visibles).
- En raison du poids démographique des Hispaniques aux États-Unis, beaucoup d'études ont comparé des sujets hispaniques maîtrisant l'anglais à des sujets hispaniques parlant peu l'anglais, parfois en association avec les catégories raciales (p. ex., Blanc, Noir). Ce choix permet de mieux isoler l'impact de la langue par opposition aux facteurs culturels. Cependant, l'espagnol (comme le français) étant une langue européenne, les barrières auxquelles se heurtent les locuteurs d'autres langues ne peuvent être automatiquement tenues pour identiques. Des travaux récents ont d'ailleurs mis au jour des types d'effets très différents selon la langue ou la catégorie ethno-raciale pour une série de résultats.
- La population hispanique qui ne parle pas l'anglais est moins instruite que les minorités linguistiques du Canada; ce fait revêt un intérêt particulier dans le cadre de la recherche sur la littératie en santé.

COMPARAISON DE LA RECHERCHE SUR L'ACCÈS LINGUISTIQUE ET DE LA RECHERCHE SUR LA QUALITÉ OU LA SÉCURITÉ

Jusqu'à récemment, la recherche sur l'accès linguistique s'est déroulée indépendamment de la recherche sur la sécurité du patient ou la qualité des soins. La littérature traitant des barrières linguistiques et de la santé ne s'articule pas autour des termes de la sécurité des patients et de la qualité des soins (et ne reprend généralement pas ces termes). Par conséquent, les rubriques qu'elle utilise sont parfois assez éloignées des dimensions de la qualité énoncées par Agrément Canada. Il est tout de même possible de dégager certaines équivalences, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Comparaison des études sur l'accès linguistique et des dimensions de la qualité

Catégorie de recherche	Sous-sujets de recherche courants	Lien avec la dimension de la qualité	Commentaires
Sécurité des patients	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats cliniques • Réadmissions • Prescription de médicaments, observance, complications 	Sécurité	
Satisfaction des patients	<ul style="list-style-type: none"> • Expérience des patients • Satisfaction à l'égard des services • Intention de retour • Confiance envers les intervenants • Satisfaction à l'égard de la communication 	Services centrés sur le client	Ces deux catégories se recoupent mais ne sont pas identiques.
Satisfaction des intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • Risques constatés par les intervenants • Satisfaction et confiance des intervenants • Préoccupation concernant les fautes médicales • Apprentissage des étudiants 	Milieu de travail	Quelques ressemblances avec la dimension du « milieu de travail »
Utilisation des services (non abordée dans cette revue de la littérature)	<ul style="list-style-type: none"> • Habitudes d'utilisation des services (p. ex., soins primaires / services d'urgence) • Durée du séjour • Demande de tests de laboratoire et d'imagerie • Temps d'attente • Temps consacré par les intervenants • Coûts 	Efficience	Se rattache dans une certaine mesure à la dimension de l'« efficience »
Qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Compréhension par le patient du problème de santé et du traitement prescrit • Consentement éclairé • Confidentialité • Réception des services recommandés • Différences entre le traitement prescrit aux patients qui maîtrisent la langue et ceux qui ne la maîtrisent pas • Observance thérapeutique • Gestion des maladies chroniques 	Pertinence Continuité	La qualité reçoit une large définition dans la littérature sur l'accès linguistique et renvoie souvent aux disparités entre les groupes qui maîtrisent l'anglais et ceux qui ont des compétences limitées en anglais. Cette catégorie recoupe parfois la pertinence et la continuité.

Catégorie de recherche	Sous-sujets de recherche courants	Lien avec la dimension de la qualité	Commentaires
Accès	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance des problèmes de santé et des risques • Sensibilisation aux programmes de promotion de la santé et de dépistage • Probabilité d'avoir un intervenant habituel • Accès aux programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies • Accès aux services de santé mentale • Participation aux programmes de dépistage • Pratiques habituelles en matière d'orientation des patients • Utilisation des services spécialisés 	Accessibilité	La littérature sur l'accès linguistique ne distingue pas toujours l'utilisation de l'accès.
Accès organisationnel (non abordé dans cette revue)	<ul style="list-style-type: none"> • Consentement éclairé • Politique et normes organisationnelles • Structure et processus de l'organisation et des programmes • Prestation de services d'accès linguistique • Recherche (y compris la participation à des essais cliniques) 	Accent sur la population	

PORTÉE DE LA LITTÉRATURE CONNEXE

Il convient de situer la recherche sur les barrières linguistiques dans un cadre conceptuel plus vaste. Plusieurs domaines de recherche sont connexes ou se recoupent : il est important de reconnaître leur parenté, mais aussi de maintenir une clarté conceptuelle et de noter les divergences. Certains de ces domaines, et leurs liens avec la recherche sur l'accès linguistique, sont présentés ci-après.

Communication dans les soins de santé

L'importance d'une bonne communication entre les intervenants en matière de santé et les patients est reconnue de longue date : d'aucuns ont décrit la langue comme la technologie la plus indispensable de la médecine, le premier instrument de son exercice (Jackson, 1998). D'autres font remarquer que sans elle, le travail du médecin (ou de tout autre intervenant en santé) serait pratiquement identique à celui du vétérinaire (Clark, 1983). La Joint Commission américaine affirme pour sa part que la communication est un *élément central* des soins de santé, et non un simple auxiliaire ou adjuvant (Schyve, 2007). Les revues de la littérature sur la communication entre patients et intervenants signalent qu'outre ses effets sur la satisfaction des patients, la qualité de la communication est

corrélée à des résultats cliniques précis (p. ex., douleur, rétablissement, anxiété, mesures de la pression sanguine et de la glycémie) (Kaplan et al., 1989; Stewart, 1995; Stewart et al., 1999; Stewart et al., 2000; Teutch, 2003; Williams et al., 1998). Trois grands facteurs d'ordre communicationnel sont associés à de meilleurs résultats sur le plan de la santé : a) la quantité d'information échangée; b) la maîtrise du dialogue par le patient; c) la qualité des rapports établis (Kaplan et al., 1989). Ces facteurs sont compromis dans le cas d'une consultation discordante sur le plan linguistique.

Les patients qui ne manient pas bien la langue de leur intervenant sont exposés aux mêmes risques de mauvaise communication que les autres. La barrière de la langue entraîne cependant des risques additionnels distincts : le fait d'améliorer les compétences générales en communication des intervenants ne suffit pas à atténuer les risques des patients ne parlant pas la même langue. Les problèmes de communication posent également des risques pour les intervenants, en augmentant la probabilité de plaintes et de poursuites pour faute professionnelle (Domino et al., 2014; Lussier & Richard, 2005).

La plupart des études sur la sécurité des patients qui font un lien avec la communication s'attardent non pas tant aux malentendus entre patients et intervenants qu'à la communication entre les membres du personnel médical, notamment lors des transferts de patients. Ce sujet n'a pas été abordé dans la recherche sur les barrières linguistiques.

Littératie en santé

La littératie en santé est un sujet connexe qui suscite beaucoup d'intérêt dans le milieu des soins à l'heure actuelle. S'il est vrai que les barrières linguistiques peuvent limiter les connaissances sur la santé (et interagir avec elles) (Sorlie & Lopez, 2011; Sentell et al., 2013), elles n'en restent pas moins un facteur indépendant qui agit sur la sécurité des patients et la qualité des soins. Dans bien des cas, les patients confrontés à des barrières linguistiques ne présentent pas les caractéristiques associées à un manque de littératie, tels un faible niveau de scolarité ou des difficultés d'apprentissage (nous savons, par exemple, que le niveau de scolarité moyen des immigrants au Canada est supérieur à celui des personnes nées au Canada). De plus, les stratégies visant à améliorer les connaissances sur la santé ne sont pas forcément adéquates pour combattre les barrières linguistiques.

C'est seulement depuis peu que les chercheurs examinent les liens entre littératie et maîtrise de la langue dans la communication entre patients et intervenants : la plupart des modèles de littératie en santé font abstraction des compétences en anglais (Yip, 2012). Lorsque l'intervenant et le patient parlent la même langue, un niveau adéquat de littératie en santé peut amortir les effets d'une mauvaise communication. Par contre, lors d'une consultation discordante sur le plan linguistique, cet effet amortisseur ne semble pas se produire. Certains éléments donnent à penser que les barrières linguistiques contribuent davantage que le manque de connaissances à entraver la communication (Sudore et al., 2009).

Culture, race ou ethnicité et statut d'immigration

On dispose d'une abondante littérature sur l'ethnicité et la santé. L'un des défis associés à son examen est qu'en général elle ne distingue pas clairement la maîtrise linguistique des autres facteurs liés à l'ethnicité (p. ex., la race, la culture, le statut d'immigration). Jusqu'à récemment, la recherche canadienne a eu tendance à se focaliser sur la « culture » ou

l'ethnicité, un thème qui reste central. Cela dit, certaines études pointues ont « démêlé » l'ethnicité et le statut d'immigration de la maîtrise linguistique. Elles confirment que le principal facteur associé à de moins bons résultats cliniques semble être la langue, et non l'ethnicité. Ainsi, plusieurs équipes de chercheurs américains ont constaté des disparités plus importantes entre Hispaniques et Blancs qu'entre Blancs et Noirs dans l'accès aux soins et le traitement reçu, même en tenant compte d'autres variables de confusion potentielles. Lorsque la langue fait partie des variables, les Hispaniques parlant anglais ont des résultats semblables à ceux des Blancs, tandis que les Hispaniques parlant espagnol continuent d'obtenir les pires résultats (Fiscal et al., 2002; Jenkins et al., 1996; Weech-Maldano et al., 2003; Weinick & Krauss, 2000; Yu et al., 2004). L'équipe Weech-Mondalado et al. (2003) a découvert que les minorités linguistiques avaient tendance à faire état d'expériences de soins plus négatives que les Blancs, mais aussi que les minorités raciales et ethniques. Comme le résumait Fiscella et al. (2002), « *les disparités ethniques (entre Hispaniques et non-Hispaniques) sur le plan des soins sont largement imputables aux différences dans la maîtrise de l'anglais.* » Bien que la prudence soit de mise avant d'appliquer ces constatations à d'autres groupes raciaux ou ethniques, ces recherches ont souligné l'importance des barrières linguistiques comme facteur contribuant aux disparités en santé. Mentionnons toutefois que (dans le cas de certains groupes ethniques et de certains services) la culture peut également être un facteur de poids (Chen et al., 2009).

Étant donné que nous avons exclu de cette recension l'examen minutieux de la recherche sur les disparités ethniques, il est probable que de nombreuses données concernant l'impact des barrières linguistiques aient également été omises. Les travaux canadiens à analyser s'en trouvent limités, car maintes études canadiennes comparent l'utilisation des services, les traitements prescrits et les résultats chez différents groupes ethniques (plutôt que chez les patients maîtrisant la langue officielle et ceux ne la maîtrisant pas).

Compétence culturelle

Dans le même ordre d'idées, les questions de sensibilité ou de compétence linguistique et culturelle ont souvent été confondues bien qu'il s'agisse de concepts distincts. Diverses approches permettent la prise en compte des différences culturelles entre les intervenants en matière de santé et les patients : la *sensibilisation culturelle*, la *sensibilité culturelle*, l'*adéquation* ou la *congruence* culturelle, la *compétence culturelle*. Chacune repose sur des hypothèses différentes. Les écueils associés à l'approche de la compétence culturelle (en particulier) ont été recensés, certains auteurs prônant comme solutions de remplacement « l'humilité culturelle » (Tervelon & Murray-Garcia, 1998) ou la « sécurisation culturelle » (Coup, 1996). Alors que les répercussions des barrières linguistiques et de l'absence de services d'accès linguistique efficaces sont solidement étayées, on manque de données probantes en ce qui concerne les interventions axées sur la compétence culturelle (Anderson et al., 2003), sans doute en raison de la diversité des philosophies sous-jacentes.

L'approche de la compétence culturelle comporte notamment le risque de véhiculer une image réductrice de la culture, incitant les intervenants à recourir à des stéréotypes; elle risque également d'encourager les intervenants à devenir des experts sur la culture des patients (et de concentrer les ressources sur cet aspect), au lieu de multiplier les occasions pour les patients de s'impliquer dans leurs soins de santé et de « parler en leur nom » (Bowen, 2004; Epner & Baile, 2012). D'après certains auteurs, les soins centrés sur le

patient sont à privilégier pour la prestation de soins de qualité dans une société culturellement diverse (Epner & Baile, 2012).

Maints experts du domaine ont conclu que pour venir à bout des disparités raciales et ethniques, il faut s'attaquer aux barrières linguistiques : non seulement s'agit-il de la source de disparités la mieux documentée, mais la communication est un critère fondamental pour la prestation de soins réellement centrés sur le patient (Saha & Fernandez, 2007). La recherche sur les expériences des patients et les expériences communautaires liées aux soins de santé (y compris la recherche canadienne) a révélé que les communautés minoritaires considèrent également l'abolition des barrières linguistiques comme un enjeu prioritaire (Stevens, 1993; Ngwakongnwi et al., 2012).

Résumé

La littérature traitant de l'impact des barrières linguistiques sur la santé et sur la prestation des services de santé est plurielle et touche à de nombreux domaines. L'examen de ce corpus exige de garder à l'esprit les liens qui unissent divers concepts et d'analyser sous un angle critique les points forts et les limites des données disponibles.

SECTION II : SOMMAIRE DES DONNÉES

IMPACT DES BARRIÈRES LINGUISTIQUES SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET LA QUALITÉ DES SOINS

INTRODUCTION

Cette section résume les données actuelles relatives à l'impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins. Elle s'intéresse aux études parues après 2000, plusieurs revues systématiques et générales ayant analysé la littérature publiée jusqu'au début ou au milieu des années 2000 (p. ex., Bauer et al., 2010; Bowen, 2001; Bowen, 2004; Flores, 2005; Jacobs et al., 2006; Karliner et al., 2007). Les travaux considérables qui traitent de l'incidence des disparités raciales et ethniques sur la qualité et la sécurité des soins apportent des données supplémentaires dont il ne sera pas question dans ces pages, car la plupart de ces recherches ne différencient pas les facteurs de disparités que sont la culture, l'ethnicité, la racialisation, la langue ou le statut d'immigration. Soulignons tout de même que certains auteurs considèrent les barrières linguistiques comme un facteur majeur de nombreuses disparités ethniques ou raciales (Flores & Ngui, 2006; Smedley et al., 2003).

Définition de la qualité

La littérature sur l'accès linguistique n'aborde pas la « qualité » des soins sous le même angle que la littérature sur la qualité ou la sécurité. L'Institut canadien pour la sécurité des patients donne de la qualité la définition suivante : *la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux particuliers et aux populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats cliniques attendus et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles*. Dans la littérature sur les barrières linguistiques, les « soins de qualité » sont présumés être des soins équivalents pour les patients qui maîtrisent l'anglais et ceux qui ne le maîtrisent pas. Autrement dit, l'accent porte sur les *disparités* sur le plan de l'accès et des soins entre deux groupes de population.

Dans certains cas, ces deux définitions coïncident (p. ex., des données indiquant une probabilité plus faible de consentement éclairé chez les patients qui font face à des barrières linguistiques sont une indication patente de la faible qualité des soins). Dans d'autres cas, il est difficile de déterminer si les différences entre les soins offerts se traduisent par des soins de moins bonne qualité pour un patient donné. Ainsi, le recours à une batterie de tests peut signaler une attitude prudente de la part des intervenants et même accroître les chances d'obtenir des résultats cliniques favorables. La tenue de tests de laboratoire supplémentaires est certes un motif de préoccupation pour le système de santé (s'ils sont superflus), mais ces tests ne posent pas forcément de risque pour le patient. En revanche, un risque individuel est bel et bien présent si les barrières linguistiques donnent lieu à des interventions médicales inutiles, telle une intubation endotrachéale évitable (Bard et al., 2004).

Organisation de la Section 2

Notre revue de la littérature s'articule autour des quatre grandes catégories utilisées dans ce domaine de recherche :

- l'accessibilité des services;
- la satisfaction et l'expérience des patients et des intervenants;
- la qualité et la pertinence des soins;
- la sécurité des patients.

Comme mentionné auparavant, ces catégories ne recoupent pas entièrement celles qu'utilisent les chercheurs du domaine de l'accès linguistique. Il faut souligner par ailleurs qu'un grand nombre d'études individuelles explorent la question de la qualité dans diverses dimensions.

ACCESSIBILITÉ DES SERVICES

Définition de l'accès

L'accès fait référence non seulement à la disponibilité des services, mais aux caractéristiques de ces services qui les rendent faciles d'utilisation pour les destinataires. Notons que la littérature touchant à l'accès linguistique omet souvent de distinguer entre l'« accès » et l'« utilisation ». Il en résulte que bien des études sur l'accès décrivent plutôt les *disparités dans l'utilisation des services*.

Des problèmes d'accès peuvent surgir à tous les stades du processus de maintien ou d'amélioration de la santé : accès à l'information sur la santé (p. ex., les avantages de la vaccination); renseignements sur les services de santé offerts (p. ex., où et quand se faire vacciner); participation à des services de promotion de la santé ou de prévention des maladies (p. ex., vaccination); participation à des dépistages (p. ex., dépistage du cancer); premier contact pour des soins non urgents; accès aux soins de spécialistes ou à des services spécialisés; accès aux soins d'urgence et aux soins hospitaliers; accès aux services de soutien après la sortie de l'hôpital.

Impact des barrières linguistiques sur l'accès

• **Renseignements sur les problèmes de santé et les services disponibles**

Les démarches à effectuer pour connaître les services offerts et prendre rendez-vous peuvent poser problème aux personnes qui ne parlent pas couramment la langue officielle. Les ressources téléphoniques, imprimées ou en ligne sont souvent disponibles uniquement en anglais (ou en français, au Québec). Les barrières linguistiques empêchent d'accéder à l'information sur la santé présente dans la sphère publique (information que la plupart d'entre nous « absorbons » lors de nos activités quotidiennes, en lisant le journal, en voyant une annonce sur un autobus, en écoutant la radio, etc.). À titre d'exemple, le manque de maîtrise de l'anglais est fortement associé à un manque de connaissances sur les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux (Chow et al., 2008; DuBard et al., 2006) ainsi que sur les signes et les symptômes du cancer (Fitch et al., 1997).

• **Accès à un intervenant régulier**

Les patients aux prises avec des barrières linguistiques sont moins susceptibles d'avoir un fournisseur de soins médicaux habituel (DeCamp et al., 2011; Weinick & Krauss, 2000), même au Canada où la couverture universelle des soins élimine de nombreux obstacles.

Les minorités linguistiques francophones, immigrantes ou non, sont également plus susceptibles d'avoir du mal à trouver un médecin de famille (Ngwakongwi et al., 2012).

- ***Participation aux activités de promotion de la santé et de prévention des maladies***

Les barrières linguistiques sont associées à une sous-utilisation des ressources en matière de promotion de la santé et d'éducation à la santé (Brar et al., 2009; Stevens, 1993) ainsi qu'à une participation plus faible à toutes les formes de soins préventifs ou presque. Une étude a montré que les nouveau-nés de parents dont la langue maternelle n'était pas l'anglais étaient deux fois moins susceptibles de recevoir toutes les visites recommandées dans le cadre des soins préventifs, comparativement aux nouveau-nés dont les parents avaient l'anglais comme langue maternelle (Cohen & Christakis, 2006); les patients sourds font également état d'une sous-utilisation des services de prévention (McKee et al., 2011). En revanche, une étude canadienne a constaté que les immigrants atteints du diabète étaient susceptibles d'avoir un nombre plus élevé de consultations externes lorsque la barrière de la langue était présente (Wang et al., 2012).

- ***Participation au dépistage du cancer***

Il est avéré que les barrières linguistiques ont pour effet de réduire la participation aux programmes de dépistage du cancer, plus précisément : le dépistage du cancer du sein (Alexandraki & Mooradian, 2010; Jacobs et al., 2005); le dépistage du cancer du col utérin (Fang & Baker, 2013; Ji et al., 2010; Lofters et al., 2007); et le dépistage du cancer colorectal (Ayanian et al., 2005; Diaz et al., 2008; Diaz et al., 2013; Javanparast et al., 2012; Jerant et al., 2008; Johnson-Kozlow et al., 2009; Wang et al., 2013). Ce constat vaut également pour le Canada (où les preuves les plus éloquentes des obstacles aux programmes de prévention se trouvent dans le domaine des programmes de dépistage du cancer) (Gentleman & Lee, 1997; Maxwell et al., 2001; McDonald & Kennedy, 2007; Woloshin et al., 1997). Une étude a enregistré des taux de dépistage semblables chez les patients d'origine chinoise aux États-Unis et au Canada (Tu et al., 2005). Bien que les « différences culturelles » soient souvent le principal facteur mis en cause dans la faible participation à ces programmes, ni la recherche canadienne (Choudry et al., 1998) ni la recherche internationale ne permettent de le confirmer.

- ***Réception des soins préventifs recommandés***

Une fois l'état de santé et le statut socio-économique pris en compte, les patients qui ont des compétences limitées en anglais sont nettement plus susceptibles d'avoir un nombre moins élevé de visites médicales (Fiscella et al., 2002; Shi et al., 2009). La présence d'une barrière linguistique est associée à des bilans de santé moins fréquents, à de moins nombreuses consultations pour des problèmes médicaux non urgents (Derose et al., 2000; Pearson et al. 2008) et à une probabilité moindre de visite chez le médecin, de vaccin antigrippal ou de cliché mammaire (Fiscella et al., 2002; Pearson et al., 2011). Dans une autre étude, les mères non anglophones étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir reçu un vaccin contre la coqueluche avant la grossesse ou après la naissance (Wong et al., 2015).

La recherche canadienne a également déterminé, après ajustement des covariables, que les immigrants ayant une connaissance limitée de la langue avaient moins de chances

d'avoir consulté un spécialiste de la vue et d'avoir reçu un vaccin anti-grippal au cours de la dernière année que leurs homologues maîtrisant la langue (Lebrun, 2012).

- **Accès aux services de santé mentale**

Des obstacles additionnels particuliers entravent l'accès aux services de santé mentale (Bauer et al., 2010; Kim et al., 2011; Ohtani et al., 2015). Il n'existe sans doute aucun autre domaine de la santé où le diagnostic et le traitement sont aussi tributaires de la langue et de la culture. Les chercheurs ont constaté que les immigrants plus âgés ayant une maîtrise limitée de l'anglais présentaient une plus grande détresse psychologique que les groupes maîtrisant l'anglais, et qu'ils avaient moins tendance à utiliser les services de santé mentale (Kim et al., 2011). Dans une étude américaine, non seulement les sujets qui ne parlaient pas l'anglais étaient-ils moins susceptibles de recevoir les services de santé mentale dont ils avaient besoin, toutes les autres variables étant contrôlées, mais ces écarts se répétaient entre anglophones et non-anglophones appartenant aux mêmes groupes ethniques ou raciaux (Sentell et al., 2007). Une autre étude a montré que les sujets ayant reçu un diagnostic de santé mentale et ayant une meilleure connaissance de l'anglais étaient plus enclins à faire appel aux services de santé mentale (Kang et al., 2010).

- **Autres services touchés**

Précisons que les barrières linguistiques se répercutent sur l'accès à la plupart des autres services de santé ou des services complémentaires. La recherche internationale leur impute une utilisation moindre des centres antipoison (Litovitz et al., 2010), des services d'urgence (Meishcke et al., 2013; Ong et al., 2012; Subraniam et al., 2010), des services de réadaptation (Chauhan et al., 2010), des services de soutien à domicile (Fryer et al., 2012) et des services de dépistage des maladies infectieuses (Guirgis et al., 2012).

EXPÉRIENCE DES PATIENTS ET DES INTERVENANTS

Expérience des patients

L'expérience des patients (ou encore, leur satisfaction) est l'un des sujets les plus étudiés dans le domaine de l'accès linguistique. Ce sujet général recouvre plusieurs thèmes : la satisfaction des patients à l'égard des intervenants, la satisfaction des patients à l'égard des services (et de certains aspects précis des services), l'intention de retour, les connaissances au sujet des problèmes de santé et des traitements, la confiance dans les intervenants, et les soins centrés sur le patient. La satisfaction des clients est la mesure la plus reconnue et la plus largement employée de l'efficacité de la communication entre intervenants et patients. C'est aussi un résultat des soins, et certains auteurs suggèrent qu'elle est fortement corrélée avec la qualité de ceux-ci. Dans bien des cas, cependant, les personnes confrontées à des barrières linguistiques ne peuvent prendre part aux activités d'évaluation de la satisfaction tenues au sein d'un établissement ou d'un service de santé (Gayet-Ageron et al., 2011). Ce phénomène d'exclusion empêche de comparer l'expérience des patients qui parlent couramment l'anglais à celle des patients devant composer avec des barrières linguistiques.

Certaines des études disponibles comparent des patients maîtrisant l'anglais à des patients parlant peu l'anglais; d'autres comparent des patients parlant peu l'anglais et ne recevant pas de services d'accès linguistique à des patients qui se voient offrir des services d'interprétation ou qui reçoivent des soins d'un intervenant parlant leur langue. Certaines

études mettent l'accent sur un seul groupe linguistique, tandis que d'autres recueillent des données issues de plusieurs groupes ethniques. Toutes ces études se sont déroulées dans une multitude de milieux et abordent différents aspects des soins : soins préhospitaliers (Cottrell et al., 2014); soins d'urgence (Mahmoud et al., 2014); pédiatrie (Arthur et al., 2014; Dunlap et al., 2014; Flores, 2005); soins primaires (Martin et al., 2009); soins aux malades chroniques, soins contre le cancer (Gulati et al., 2012); soins prénataux et périnataux (Binder et al., 2012); besoins spéciaux (Eneriz-Wiemer et al., 2014; Ngui & Flores, 2006).

• **Satisfaction à l'égard de l'expérience des soins**

La grande majorité des études enregistrent un niveau de satisfaction moindre et un nombre plus élevé de problèmes signalés à l'égard des intervenants chez les patients qui font face à des barrières linguistiques. Les conclusions des recherches antérieures (voir, par exemple, Baker et al., 1998; Carrasquillo et al., 1999; David & Rhee, 1998; Hu & Covell, 1986; Morales et al., 1999), condensées dans les revues systématiques, continuent de se voir confirmées par les études récentes. Les patients confrontés à l'obstacle de la langue tendent à être moins satisfaits de la communication avec le médecin et de l'accompagnement du personnel, et accordent une moins bonne note aux services psychosociaux (Ayanian et al., 2005; Binder et al., 2012; Dunlap et al., 2014; Eskes et al., 2013; Mahmoud et al., 2014; Moreno & Morales, 2010; Ngo-Metzger et al., 2009; Seid et al., 2003). Dans une étude américaine sur le traitement de l'asthme, les enfants latino-américains dont les parents avaient participé à l'entretien en espagnol avaient eu des expériences moins satisfaisantes sur le plan des soins (contrairement aux enfants afro-américains ou latino-américains dont les parents avaient participé à l'entretien en anglais) (Inkelas et al., 2008). La satisfaction augmente avec la prestation de services d'accès linguistique (Morales et al., 2006; Moreno & Morales, 2010; Ngo-Metzner et al., 2007).

• **Au-delà de la « satisfaction »**

Ces études indiquent également que la satisfaction des patients n'est pas le seul élément touché. Très souvent, les patients sont insatisfaits parce qu'ils ne comprennent pas ce qu'on leur dit. L'examen de la littérature révèle des écarts systématiques et significatifs dans la compréhension et l'observance dès lors qu'une barrière linguistique est présente. L'obstacle de la langue peut nuire à la compréhension et entraîner l'inobservance du traitement prescrit : voilà qui expliquerait déjà certains écarts sur le plan des résultats cliniques. Une étude a voulu vérifier si les patients pouvaient se rappeler leur diagnostic, leurs instructions de suivi et le bon usage des médicaments prescrits. Les patients hispanophones ont obtenu en moyenne 46 % de bonnes réponses, contre 65 % pour les patients anglophones (Crane, 1997). Ce manque de compréhension se rattache aux questions du consentement éclairé et aux risques de résultats cliniques moins favorables.

• **Recherches examinant les soins centrés sur le patient**

Les barrières linguistiques posent des difficultés dans le cadre des soins centrés sur le patient. D'après les résultats d'une étude, les Latino-Américaines hispanophones atteintes d'un carcinome intracanalair étaient moins satisfaites du processus décisionnel et affirmaient plus souvent regretter leur traitement que les Latino-Américaines anglophones ou les patientes blanches. Par opposition, ces deux derniers groupes étaient comparables sur le plan des niveaux de satisfaction et de regret (Lopez et al., 2014). Une autre étude a constaté qu'en présence d'une barrière linguistique, les patients prenaient moins volontiers

la parole et que leurs commentaires étaient plus susceptibles d'être ignorés par leur intervenant (Rivadeneira et al., 2000).

Points de vue des intervenants sur les barrières linguistiques

Des études récentes ont mis en lumière le point de vue des intervenants sur la prestation de soins aux patients ne maîtrisant pas la langue des soins. Une forte proportion d'intervenants voit dans les différences de langue un obstacle à la qualité (Abbe et al., 2006; Bernard et al., 2006; Bradshaw et al., 2007; Cleland et al., 2012; Gray et al., 2011; Karliner et al., 2011; Virgo et al., 2013). Ce point ne préoccupe pas que les intervenants des soins hospitaliers et des services spécialisés; le personnel de première ligne estime également que les barrières linguistiques constituent un risque important (Gaal et al., 2010). Dans une étude, 44 % d'un échantillon composé de praticiens canadiens assurant des soins primaires ont indiqué avoir des difficultés de communication fréquentes avec les patients ne parlant pas couramment l'anglais et signalé le manque d'accès à des interprètes (Brisset et al., 2014). Les difficultés liées à la prise en charge des patients aux compétences limitées en anglais ont accentué chez les intervenants la crainte de commettre une faute professionnelle (Chen et al., 2011). La plupart des cliniciens sondés étaient d'avis que les problèmes de communication avec ces patients avaient au moins dans certains cas un effet notable sur les soins : malgré les difficultés mentionnées, les indications concernant le recours effectif à des interprètes variaient considérablement (Gray et al., 2011).

Les intervenants en formation se sentent également interpellés par la question. Dans une enquête auprès de résidents en médecine menée par Chalabian & Dunnington (1997), 97 % des répondants affirmaient que les barrières linguistiques nuisaient à la qualité des soins. Les répondants indiquaient également avoir réorienté leur attention vers des points n'exigeant pas la participation des patients lors des rencontres à leur chevet. Dans une autre étude, 80 % des résidents admettaient éviter de communiquer avec les familles en présence d'une barrière linguistique, et plus de la moitié avaient l'impression que la famille ne comprenait pas le diagnostic (Burbano et al., 2003).

QUALITÉ ET PERTINENCE DES SOINS

Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction à cette section, la « qualité » peut se définir de diverses manières. Les pages qui suivent passeront en revue les données relatives aux disparités en matière de soins entre les patients aux compétences limitées en anglais et les patients maîtrisant l'anglais. Certaines des études recensées abordent directement la question de la pertinence : nous supposons que, là où existent des normes de soins, les soins dits « pertinents » ou « appropriés » ont été définis.

Évaluation des patients

Une publication de l'Institut de médecine des États-Unis qui a fait date, intitulée "Unequal Treatment" (Smedley et al., 2003), a montré l'importance de la concordance linguistique dans le cadre de la communication entre patients et intervenants aux fins d'obtenir des antécédents médicaux et sociaux exacts. Les antécédents médicaux sont déterminants pour le choix des examens et des tests diagnostiques appropriés (Farmer et al., 2006). Les barrières de communication compromettent l'efficacité de l'entretien médical, ce qui tend à

entraîner un recours accru aux tests de laboratoire et d'imagerie ou la commande de tests inadaptés (David & Rhee, 1998; Garra et al., 2010; Hampers et al., 1999; Ramirez et al., 2008). Une autre étude a montré que la langue de préférence des parents était associée au diagnostic de l'asthme chez leurs enfants (Mosnaim et al., 2007). Dans le domaine de la santé mentale, il a été constaté que les patients répondent différemment aux questions selon que l'entretien se déroule dans une langue ou une autre (Bauer & Alegria, 2010; Marcos, 1979; Oquendo, 1996). Dans une autre étude, les patients qui avaient eu besoin d'un interprète étaient moins susceptibles d'avoir reçu un diagnostic de santé mentale (Flynn et al., 2013).

Une enquête prospective menée par Garra et al., (2010) a examiné l'impact des obstacles à la communication sur le diagnostic initial et les tests auxiliaires effectués dans un service d'urgence. L'analyse de 417 consultations dans le service d'urgence a révélé que les obstacles à la communication donnaient lieu à des diagnostics moins fiables et à une tendance accrue à ordonner des tests auxiliaires. Ces difficultés sont plus prononcées en présence d'une barrière linguistique. Dans une autre étude portant sur l'anamnèse des patients du service d'urgence soupçonnés d'être atteints d'un syndrome coronarien aigu, les auteurs ont constaté que trois aspects de la communication entre intervenants et patients mettaient en péril la qualité des données recueillies lors de l'entretien médical : le recours à des questions orientées, un conflit résultant d'une mauvaise communication et un honnête malentendu causé par les barrières linguistiques (Farmer et al., 2006).

Une mauvaise communication durant l'entretien médical risque de se traduire par des antécédents incomplets ou inexacts, un diagnostic erroné, un plan de traitement qui s'appuie sur des renseignements fautifs ainsi qu'une mauvaise compréhension, chez le patient, de son problème de santé et du traitement prescrit. Au Canada, plusieurs affaires dans lesquelles l'obstacle de la langue avait conduit à un diagnostic erroné et à un préjudice grave ont été rapportées dans les médias. Par exemple, dans une cause en C.-B., un homme qui ne parlait pas couramment l'anglais a subi une amputation de la jambe à la suite d'un mauvais diagnostic attribuable aux barrières linguistiques (Needham & Wolff, 1990). Dans une autre affaire, il a été conclu que les barrières linguistiques avaient contribué au décès d'une patiente vietnamienne enceinte (Walton, 1990). Tant le corpus d'études de cas évaluées par les pairs que la documentation parallèle recèlent de nombreux exemples de cas semblables (Bowen, 2004).

Traitement prescrit

Même lorsque le diagnostic approprié est posé, les barrières linguistiques peuvent nuire à la gestion thérapeutique et aux résultats cliniques. Par exemple, en présence d'un obstacle linguistique, les patients sont moins susceptibles de recevoir des conseils touchant au régime alimentaire et à l'activité physique (Eamanond et al., 2009a; Lopez-Quintero et al., 2010). Les patients maîtrisant peu l'anglais sont moins nombreux à indiquer qu'ils ont reçu des conseils sur leur santé et leur mode de vie; ou, s'ils souffrent d'hypertension, de diabète ou d'une maladie du cœur, que leur pression sanguine a été vérifiée régulièrement (Collins et al., 2002; Kenik et al., 2014). Les barrières linguistiques engendrent des difficultés additionnelles dans le domaine de la sexualité et de la santé reproductive. Les patients aux compétences limitées en anglais semblent moins susceptibles de passer des tests et de recevoir des conseils relatifs aux ITS et au VIH (Coronado et al., 2007; De Bocanegra et al.,

2001). Ces personnes peuvent hésiter à divulguer des renseignements de nature gênante ou stigmatisante par crainte d'une perte de confidentialité.

Il semblerait également que les patients aux compétences linguistiques limitées soient moins susceptibles d'obtenir des rendez-vous de suivi (Sarver & Baker, 2000).

Par ailleurs, des études récentes indiquent que les patients pourraient être plus susceptibles de se voir prescrire, ou de choisir, un traitement différent selon leur niveau de maîtrise de l'anglais. Ainsi, une étude a constaté des taux de chirurgie très variables chez les patients épileptiques aux compétences limitées en anglais et les patients parlant cette langue couramment (Betjemann et al., 2013). Le suivi des clichés mammaires présentant des anomalies diffère aussi selon la compétence linguistique (Karliner et al., 2012; Molina et al., 2014). Les non-anglophones atteints d'un cancer colorectal ont déclaré un nombre plus important de problèmes liés à la coordination des soins, aux soins psychosociaux et à l'accès aux soins et à l'information (Ayanian et al., 2005). Comme il en a été question précédemment, le vaste corpus d'écrits sur les disparités raciales ou ethniques porte également à croire que les barrières linguistiques sont un facteur contributif, sinon la cause, de maints écarts observés dans les soins.

Les essais cliniques, auxquels les membres de minorités linguistiques ont moins l'occasion de participer, sont une autre source négligée de disparités liées à la langue (Bustillos, 2009). Les obstacles les plus courants à cette participation soulèvent trois problèmes : a) les personnes aux compétences limitées en anglais risquent d'avoir un accès restreint aux traitements de pointe; b) à défaut de prendre en compte adéquatement les barrières linguistiques, le consentement du patient et l'explication des effets indésirables risquent d'être compromis; c) la non-représentation de la population dans sa diversité risque de diminuer l'utilité de ces essais cliniques pour les patients en général.

Traitement de la douleur et de la détresse face aux symptômes

L'impact des barrières linguistiques sur le traitement de la douleur est un sujet de préoccupation particulier. Selon les résultats d'une étude, les patientes en obstétrique qui recevaient toujours les services d'interprètes étaient plus susceptibles que les autres de déclarer que les niveaux de maîtrise de leur douleur étaient élevés, que le traitement de leur douleur avait eu lieu rapidement et que les intervenants avaient été utiles (Jimenez et al., 2014).

D'autres études qui se sont penchées sur les différences ethniques ou raciales dans la gestion de la douleur indiquent également que la langue pourrait être un facteur. À titre d'exemple, Cleeland et al. (1997) ont constaté que seuls 35 % des patients cancéreux de groupe minoritaire, contre 50 % des patients de groupe majoritaire, avaient reçu les analgésiques recommandés dans les lignes directrices. Les patients hispaniques étaient plus touchés par une médication inadéquate que les patients afro-américains (69 % c. 54 %), ce qui permet de penser que la capacité de s'exprimer en anglais a pu être un facteur important. Dans une autre étude, l'hispanité était un puissant prédicteur de l'administration d'analgésiques lors du traitement de fractures des os longs à l'urgence, puisque les Hispaniques étaient deux fois plus susceptibles de ne pas recevoir de médicaments pour soulager la douleur (Todd et al., 1993). Une étude australienne a montré que la langue était associée à un risque accru d'administration d'un analgésique inadapté

aux patients (des aînés, pour la plupart) souffrant de fractures de la tête fémorale (Holdgate et al., 2010).

Plusieurs chercheurs ont également signalé qu'une compétence limitée en anglais était associée, chez les patients atteints du cancer, à une plus grande détresse face aux symptômes (Chan & Woodruff, 1999; Yi et al., 2011).

Gestion des maladies chroniques

Un grand nombre d'études ont cherché à cerner l'impact des barrières linguistiques sur la gestion des maladies chroniques, un problème de santé des plus préoccupants à l'heure actuelle. Le diabète et l'asthme ont le plus retenu l'attention.

• Gestion de l'asthme

Il ressort d'une revue systématique que les barrières linguistiques sont un obstacle à l'amélioration de la gestion de l'asthme (Lakhanpaul et al., 2014). Les barrières linguistiques ont été associées à des niveaux plus faibles d'établissement des objectifs, d'utilisation des plans d'action et d'observance thérapeutique (Chan, 2005; Riera et al., 2014; Squires et al., 2014; Wisnivesky et al., 2012; Wisnivesky et al., 2009). Ces constats pourraient expliquer les résultats cliniques moins favorables enregistrés chez les patients asthmatiques dont les compétences en anglais sont limitées.

Une étude réalisée par Claudio & Stingone (2009) a constaté que le taux d'hospitalisation des Latino-Américains hispanophones atteints d'asthme était deux fois plus élevé que celui des Latino-Américains parlant l'anglais. Les aînés hispaniques faisant de l'asthme et ayant des compétences limitées en anglais avaient une moins bonne maîtrise de leur affection, une probabilité accrue de séjour à l'hôpital et une qualité de vie moindre (Wisnivesky et al., 2012).

• Gestion du diabète

On observe des disparités analogues dans la gestion du diabète. Une maîtrise limitée de l'anglais constitue un facteur de risque indépendant qui conduit à un niveau plus faible de connaissances sur la gestion du diabète, à une probabilité moindre de recevoir de l'information sur le diabète, à une probabilité moindre d'effectuer une autosurveillance de la glycémie (un prédicteur clé des complications du diabète), à des examens des pieds moins fréquents (Choi et al., 2011; Detz et al., 2014; Fernandez et al., 2011; Karter et al., 2000) ainsi qu'à une moins bonne maîtrise des symptômes diabétiques (Eamaranond et al., 2009b). Ces associations ne se produisent pas lorsque les soins sont assurés par des médecins parlant la même langue que leur patient (Fernandez et al., 2011; Hacker et al., 2012; Lasater et al., 2001). Signalons cependant qu'une étude canadienne n'a constaté aucun risque accru de complication diabétique chez les patients aux compétences limitées en anglais (Okraïnec et al., 2015).

Soins aux aînés

Au Canada, les fournisseurs de soins de santé font état de difficultés croissantes liées à l'accès linguistique et au vieillissement de la population (Koehn, 2009); les personnes âgées qui parlent une langue minoritaire expriment également des préoccupations relatives à la communication (Bouchard et al., 2012). De nombreux clients dont la maîtrise de l'anglais a été élevée tout au long de leur vie professionnelle perdent cette compétence en

langue seconde en raison du processus de vieillissement, même en l'absence d'autres facteurs comme la démence (Clyne, 2011; Goral, 2004). Avec l'âge, les patients sont plus susceptibles de revenir à leur langue maternelle, en particulier dans des conditions de stress. Cette attrition de la langue seconde peut être plus marquée lorsque le patient souffre d'un déficit cognitif (Kieizer, 2011). Cependant, ses causes restent méconnues (Murtagh, 2011).

Soins en fin de vie

La qualité des soins en fin de vie n'échappe pas à l'impact des barrières linguistiques (Granek et al., 2013). Les familles dont les membres ne parlent pas l'anglais s'exposent à recevoir moins d'information au sujet de la maladie de leur proche que les familles qui maîtrisent l'anglais (Thornton et al., 2009).

Consentement éclairé et confidentialité

L'obtention du consentement éclairé des patients et le respect de leur confidentialité font partie des normes essentielles d'une prestation de soins éthiques de qualité. Tout porte à croire cependant que les critères fondamentaux du consentement éclairé (caractère volontaire, discussion des solutions de rechange, information adéquate et compétence) font défaut pour les patients aux compétences limitées en anglais. Ainsi, dans le cadre d'une revue rétrospective de dossiers jumelés, Schenker et al. (2007) ont constaté que les dossiers de patients qui ne parlaient pas l'anglais étaient moins susceptibles de renfermer toute la documentation relative au consentement éclairé pour les actes médicaux invasifs. Comme l'ont signalé Hunt & de Voogd (2007) dans une autre étude, en l'absence de services d'interprétation adéquats, il était difficile de déterminer si les patients aux compétences limitées en anglais avaient reçu l'information nécessaire (en termes de contenu et de qualité) pour être véritablement informés. Divers cas où les barrières linguistiques ont empêché d'obtenir un consentement éclairé sont également attestés dans le contexte canadien (Bowen, 2004; Stevens, 1993). La pratique courante qui consiste à recourir à des interprètes ponctuels met également en péril le droit à la confidentialité des patients (Betancourt & Jacobs, 2000; Bowen; 2004; Dick, 2011).

SÉCURITÉ DES PATIENTS

La sécurité des patients se définit comme « la réduction des actes dangereux posés dans le système de santé, l'atténuation de leurs effets et le recours à des pratiques exemplaires qui donnent des résultats optimaux confirmés chez les patients ». La plupart des études portant sur les barrières linguistiques et la sécurité des patients adoptent cette définition, contrairement à ce qui passait pour les définitions de la qualité.

Le thème de la sécurité des patients a fait l'objet d'un nombre moins important de travaux que d'autres dimensions de la qualité. Il n'empêche, des études récentes ont souligné les risques que font peser les barrières linguistiques sur la sécurité des patients. Selon la Joint Commission américaine, la communication est la cause fondamentale de 59 % des événements indésirables signalés dans sa base de données d'événements sentinelles (Joint Commission, 2012), et la recherche semble indiquer que les patients aux

compétences limitées en anglais sont plus susceptibles que les patients anglophones de subir des incidents mettant en jeu leur sécurité à la suite d'erreurs de communication (Wasserman et al., 2014). La Joint Commission a adopté pour principe que : « *la prestation de soins sécuritaires d'excellente qualité dépend d'une communication efficace entre les professionnels de la santé, les patients et leurs familles* » (Schyve, 2007, p. 361).

Nous avons regroupé les données relatives à la sécurité des patients en trois catégories : a) les événements indésirables (général); b) les erreurs liées aux médicaments; c) les données sur la mortalité. Hormis pour la deuxième catégorie, la plupart des études ont porté sur les soins hospitaliers.

Événements indésirables

Une étude de six hôpitaux réalisée par la Joint Commission a analysé les données relatives aux événements indésirables vécus par des patients anglophones et des patients aux compétences limitées en anglais. Il appert que plus de 49 % des événements indésirables subis par les patients aux compétences limitées en anglais comportaient un préjudice physique, contre seulement 29,5 % dans le cas des patients anglophones. Sur ces pourcentages d'événements indésirables entraînant un préjudice physique, 46,8 % des événements se caractérisaient par un niveau de gravité allant du préjudice temporaire de gravité moyenne jusqu'au décès, contre seulement 24,4 % dans le cas des patients anglophones (Divi et al., 2007). Une étude cas témoins menée dans un grand hôpital régional pour enfants a observé qu'en présence d'une barrière linguistique le nombre d'événements indésirables graves passait du simple au double (Cohen et al., 2005). Lion et al. (2013), pour leur part, ont constaté que la probabilité d'événements indésirables tendait à la hausse et que les séjours hospitaliers étaient cinq fois plus longs chez les patients en pédiatrie dont les parents faisaient face à une barrière linguistique. Une étude canadienne a également montré qu'un risque accru d'événements indésirables évitables était associé à un obstacle à la communication, encore qu'elle n'ait pas examiné précisément le manque de maîtrise de la langue officielle (Bartlett et al., 2008).

Une étude menée aux États-Unis sur les disparités ethniques et raciales a relevé un taux supérieur d'infection nosocomiale chez les patients asiatiques et hispaniques. Les auteurs ont avancé l'hypothèse que les barrières linguistiques avaient contribué à cet état de fait, sachant que ces groupes de patients affichaient des niveaux d'études et de revenu plus élevés que d'autres groupes (Bakullari et al., 2014). D'autres recherches mériteraient cependant d'être effectuées sur la question.

Une étude néerlandaise a passé en revue 71 incidents critiques en sage-femmerie et en obstétrique : 39 ont été imputés à des problèmes de communication, dont sept plus précisément à des barrières linguistiques (Martijn et al., 2013).

Nous avons trouvé une seule étude n'ayant relevé aucun cas d'événements indésirables chez les patients qui ne maîtrisaient pas l'anglais. Cette étude néerlandaise, menée dans quatre hôpitaux auprès de 763 patients néerlandais et de 576 patients issus de minorités ethniques, n'a pas non plus constaté d'augmentation des risques en matière de sécurité liés à un faible niveau de littératie en santé ou à un faible niveau d'instruction (Van Rosse et al., 2014).

• Erreurs d'omission et de commission

Les événements indésirables peuvent être dus à des erreurs d'*omission* ou à des erreurs de *commission*, ces deux types d'erreurs pouvant eux-mêmes se produire sous l'effet des barrières linguistiques. À titre d'exemple, il a été constaté qu'une compétence limitée en anglais était un facteur de risque important pour la perforation de l'appendice chez les patients en pédiatrie (Levas et al., 2014). Les patients parlant peu l'anglais étaient moins susceptibles de subir un examen d'imagerie, ce qui laisse supposer une erreur par omission (débouchant sur un diagnostic erroné).

L'exécution d'un acte médical superflu est considérée comme une erreur par commission. Une étude rétrospective s'est intéressée aux intubations potentiellement évitables subies par des patients hispanophones aux États-Unis. L'intubation est une intervention courante en situation d'urgence. L'étude, qui couvrait neuf années et s'appuyait sur le Registre national des traumatismes du American College of Surgeons, a examiné le dossier des patients intubés avant leur arrivée au centre de traumatologie et qui sont restés intubés moins de 48 heures. Les chercheurs ont tenu compte d'une foule d'autres facteurs susceptibles d'influer sur les résultats (p. ex., consommation de drogues, score de Glasgow, indice de gravité de la blessure, mécanisme de blessure). Quarante-neuf pour cent des sujets hispanophones contre 38 % des sujets anglophones sont restés intubés moins de 48 heures ($P = 0.072$), alors que le score de Glasgow était supérieur chez les patients hispanophones (Bard et al., 2004).

• **Indicateurs d'événements indésirables**

Les taux de réadmission passent souvent pour un bon indicateur de la sécurité des patients : les patients aux prises avec des barrières linguistiques sont nettement plus susceptibles d'être réadmis ou de retourner à la salle d'urgence. Après avoir pris en compte les variables socio-économiques et les comorbidités, les chercheurs ont constaté que les patients ne parlant pas l'anglais affichaient des taux supérieurs de réadmission (Karliner et al., 2010; Regalbuto et al., 2014). En revanche, les patients de ce groupe à qui l'on offrait des services d'interprétation au moment de leur admission ou de leur congé étaient moins susceptibles d'être réadmis (Lindholm et al., 2012). En outre, il est apparu que les patients aux compétences limitées en anglais étaient plus susceptibles de retourner au service d'urgence pour leur réadmission (Gallagher et al., 2013).

Une étude portant sur des patients admis à l'hôpital pour insuffisance cardiaque a cherché à déterminer si le niveau de compréhension des patients était associé à des taux de réadmission accrus (Regalbuto et al., 2014). Les patients devaient remplir un questionnaire après la lecture des documents d'autorisation de sortie par leur infirmière : un niveau de compréhension plus faible était étroitement associé à un taux de réadmission plus élevé. Les patients dont la langue principale parlée à la maison n'était pas l'anglais avaient un taux de réadmission largement deux fois plus élevé. Il semble donc qu'une compétence linguistique limitée se répercute sur les taux de réadmission dans la mesure où les patients ont une moins bonne compréhension de leurs instructions de congé.

L'une des indications les plus frappantes des conséquences cliniques pouvant découler des barrières linguistiques est décrite dans une étude rétrospective de LeSon et Gershwin (1996) sur de jeunes adultes asthmatiques. L'étude visait à déterminer les facteurs de risque pour l'intubation (utilisée comme un prédicteur de mortalité). Elle portait sur une cohorte formée de tous les jeunes adultes asthmatiques admis dans un centre médical universitaire au cours d'une période de dix ans. Les auteurs ont examiné un grand nombre

de facteurs de risque possibles, dont des variables socio-économiques et une série de facteurs liés au fonctionnement psychosocial. Chez les patients qui faisaient face à des barrières linguistiques (définies comme l'incapacité de parler l'anglais), la probabilité d'être intubé était 17 fois plus grande que chez les patients présentant les mêmes caractéristiques mais parlant couramment l'anglais. Par opposition, chez les patients faiblement scolarisés, la probabilité d'être intubé était multipliée par 5,7, et chez les fumeurs actifs, par 7,1.

Les compétences limitées en anglais sont également associées à des séjours hospitaliers plus longs (John-Baptiste et al., 2004; Levas et al. 2011; Renzaho et al., 2007; Shah et al., 2015). Si cette situation a de quoi inquiéter les responsables de l'utilisation des services (ou de l'efficacité, sous-catégorie non examinée dans cette revue), les études disponibles n'indiquent pas clairement à quoi il faut attribuer la durée accrue des séjours hospitaliers : a) baisse de qualité des soins, complications plus fréquentes; b) prudence accrue des intervenants en raison des barrières linguistiques; c) autres facteurs (facteurs liés au patient, état plus grave au moment de l'admission).

Erreurs de médication

La prise de médicaments est un autre domaine névralgique pour la sécurité. Tout indique que le risque d'erreur de médication augmente chez les patients confrontés à des barrières linguistiques. Des dizaines d'études ont signalé des résultats plus faibles sur le plan de la compréhension, de l'observance et de la maîtrise des symptômes ainsi qu'un risque de complications accru en présence d'une barrière linguistique (Dilworth et al., 2009). Les répondants aux compétences limitées en anglais sont plus susceptibles de déclarer mal comprendre le type de médicament prescrit et son but (Barton et al., 2013; Karliner et al., 2012) : ils ont également moins de chances de s'être fait expliquer ses effets secondaires (David & Rhee, 1998). Ces patients sont nettement plus susceptibles de manquer de connaissances sur la posologie et la fréquence de prise. Une étude menée auprès de parents à la sortie de l'hôpital a constaté que les parents hispanophones risquaient davantage de commettre une erreur de dose que les parents anglophones (Samuels-Kalow et al., 2013). Dans une autre étude, 27 % des patients qui jugeaient avoir besoin de services d'interprétation mais ne les ont pas obtenus n'ont pas compris les instructions relatives à leur médicament, contre 2 % des patients qui ont obtenu les services d'un interprète ou qui n'en avaient pas besoin (Andrulis et al., 2002). Les patients aux prises avec des barrières linguistiques ont également plus de difficulté à comprendre les directives fournies sur les étiquettes (Masland et al., 2011; Wilson, et al., 2005).

À la lumière de ces facteurs, il n'est pas étonnant que les personnes faisant face à des barrières linguistiques soient moins susceptibles de prendre correctement les médicaments prescrits (David & Rhee, 1998; Ens et al., 2014; Karliner et al., 2012a; Krueger et al., 2005; Traylor et al., 2010) et plus susceptibles de signaler des complications. Une étude américaine portant sur les complications médicamenteuses chez les patients externes a révélé que le fait d'avoir une langue autre que l'anglais ou l'espagnol comme langue principale était fortement corrélé à la déclaration de complications liées aux médicaments. L'étude n'a cependant trouvé aucun écart significatif en fonction de la race, du sexe ou du niveau d'instruction. L'absence d'explication adéquate de la part des intervenants au sujet des effets secondaires des médicaments a été associée au signalement d'un nombre plus important de complications (Gandhi et al., 2000).

Tous ces facteurs ont d'importantes répercussions pour la gestion thérapeutique et peuvent expliquer certaines différences observées sur le plan des résultats cliniques. Deux études (l'une comparant des Hispaniques hispanophones et anglophones, l'autre comparant des patients parlant et ne parlant pas l'anglais) ont découvert que les patients qui utilisaient des médicaments anticoagulants et qui faisaient face à une barrière linguistique restaient moins longtemps dans la marge thérapeutique de leurs médicaments (Bhandari et al., 2008; Rodriguez et al., 2013). Dans une étude australienne, des patients venant d'horizons linguistiques variés et maîtrisant mal l'anglais, se sont révélés plus susceptibles de sous-utiliser la warfarine contre la fibrillation auriculaire (Shen et al., 2005). De façon analogue, des maladies comme l'asthme exigent une gestion médicamenteuse attentive, ce qui pourrait expliquer pourquoi l'asthme est souvent moins bien maîtrisé par les patients qui parlent peu l'anglais.

Bien que les risques en matière de sécurité médicamenteuse associés aux barrières linguistiques soient bien documentés, bon nombre des erreurs se produisent en dehors du milieu hospitalier et résultent d'une mauvaise communication de la part des intervenants ou du système de santé plutôt que d'erreurs commises par les fournisseurs de soins (p. ex., lors de l'administration de médicaments aux patients hospitalisés). C'est sans doute pour cette raison que les risques auxquels s'exposent les patients ne parlant pas couramment la langue officielle ont peu retenu l'attention, alors que la sécurité médicamenteuse figure parmi les grandes priorités du Canada au chapitre de la sécurité des patients.

Barrières linguistiques et taux de mortalité

Si les barrières linguistiques ont une incidence avérée sur les événements indésirables, elles ne semblent pas entraîner un risque accru de décès à l'hôpital (Grubbs et al., 2008; Hines et al., 2014; John-Baptise et al., 2004; Okrainec et al., 2015) et certaines études ont même enregistré des taux de mortalité *plus faibles* chez les patients aux compétences limitées en anglais (Douglas et al., 2014; Mendu et al., 2013; Shah et al., 2015).

Grubbs et al. (2008) ont examiné l'association entre la langue préférée, la durée du séjour et la mortalité hospitalière des patients qui présentaient un infarctus aigu du myocarde à l'admission, à partir des données administratives électroniques sur les congés. Les auteurs ont passé en revue les dossiers de 12 609 patients inscrits au programme Medicaid dans 401 hôpitaux de la Californie : dans 2 757 cas (22 % du total), la langue de préférence indiquée n'était pas l'anglais. Le modèle d'ajustement des risques couvrait 24 covariables liées au patient (p. ex., la race, l'âge) et à ses troubles cardiaques. Une fois ces variables prises en compte, aucune différence marquée n'a été observée dans la durée du séjour ou la mortalité à 30 jours entre les patients dont la langue préférée était ou non l'anglais, bien que des différences au niveau de l'hôpital aient été remarquées. Une étude ultérieure (Hines et al., 2014) a corroboré ces résultats.

Certaines études sur les patients en soins intensifs ont montré que le risque de mortalité *diminuait* chez les non-anglophones. Dans le cadre d'une étude menée à Boston auprès de 48 000 patients en soins intensifs, Mendu et al. (2015) ont constaté des résultats nettement plus favorables chez les patients qui ne maîtrisaient pas l'anglais. Dans cette étude, la situation linguistique était indiquée par le patient ou les membres de la famille qui traitaient avec le personnel administratif de l'hôpital au moment de l'inscription. Ces constatations recourent celles d'une autre étude réalisée dans le milieu des soins intensifs à Melbourne, en Australie (Douglas et al., 2014). Les chercheurs y ont analysé les registres d'admission d'un hôpital sur une période de dix ans. Tous les bureaux d'admission de l'hôpital devaient sélectionner un « indicateur de langue » dans la base de données administratives de l'établissement. Il appert que les patients non-anglophones faisaient un séjour plus long à l'hôpital (mais pas aux soins intensifs) et couraient un risque de mortalité moindre.

Trois études canadiennes sont arrivées à des conclusions analogues. L'une d'elles a jumelé des bases de données sur la santé et l'immigration, ce qui lui a permis d'identifier 87 707 adultes atteints du diabète ayant immigré en Ontario, au Canada, entre 1985 et 2005. Elle a ensuite examiné le lien entre la compétence linguistique et les résultats suivants : a) une ou plusieurs visites à l'urgence ou hospitalisations à la suite de complications dues au diabète (hypoglycémie/hyperglycémie, infection cutanée/infection des tissus mous, ulcère du pied); b) un incident cardiovasculaire ou un décès. Les participants avaient été classés en fonction de leur compétence linguistique au moment de leur demande d'immigration (cf. ceux qui déclaraient ne parler ni anglais ni français dans leur demande officielle d'immigration étaient définis comme des non-anglophones). Les chercheurs ont observé qu'un pourcentage légèrement plus élevé d'immigrants aux prises avec des barrières linguistiques avaient vécu des complications aiguës, mais la correction en fonction des caractéristiques de référence a eu pour effet de refermer cet écart (Okrainec et al., 2015). Une étude antérieure (John-Baptise et al., 2004) a effectué une analyse rétrospective des consultations des patients hospitalisés dans trois hôpitaux torontois entre 1993 et 1999, à partir de deux bases de données administratives (le système électronique d'information sur les patients des hôpitaux, qui contenait des

renseignements sur la langue, et la Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé). L'étude a mis en lumière des différences dans la durée du séjour pour 7 des 23 problèmes de santé examinés, mais aucune différence dans les décès.

Une autre étude s'est intéressée aux patients de l'Ontario qui avaient été admis à l'hôpital pour un AVC aigu ou un accident ischémique transitoire entre juillet 2003 et mars 2008, en utilisant les données du Registre du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires. La mortalité, les résultats cliniques, les complications à l'hôpital, la qualité des soins et l'état de santé ont été comparés chez les patients qui n'avaient pas de barrières linguistiques (n=12 787) et ceux qui en avaient (n=1506) (la présence ou l'absence de barrières linguistiques étant fonction de la langue préférée du patient). Les chercheurs ont également recueilli des données sur d'autres indicateurs de la qualité (p. ex., les lignes directrices relatives au traitement de l'AVC). Il ressort de cette étude, qu'une fois pris en compte l'effet des autres caractéristiques, les patients confrontés à des barrières linguistiques avaient un taux de mortalité plus bas à 7 jours; en contrepartie, ils risquaient davantage de quitter l'hôpital avec un déficit neurologique moyennement grave ou grave. Ces différences s'expliquent peut-être par la probabilité plus forte, observée chez les patients faisant face à des barrières linguistiques, de choisir des options thérapeutiques « musclées ». Les taux de complications à l'hôpital étaient semblables, encore que le séjour hospitalier était plus long pour les patients confrontés à l'obstacle de la langue. Ces derniers étaient également plus susceptibles de subir divers examens médicaux (Shah et al., 2015).

Ouvrir la « boîte noire » des résultats cliniques

Les constatations quant à l'impact des barrières linguistiques sur les résultats cliniques sont diverses et a priori contradictoires. Alors que la plupart des mesures témoignent d'un risque accru d'événements indésirables, rien ne permet d'associer les barrières linguistiques à un risque de mortalité accru. Il est possible d'éclairer les raisons de ces constats en cernant : a) les mécanismes d'action des barrières linguistiques sur les résultats cliniques; b) les points forts et les limites des méthodes de recherche.

À la différence de la recherche portant sur l'accès aux services ou la satisfaction des patients (qui a clairement décrit les vecteurs d'effets négatifs des barrières linguistiques), les études récentes fondées sur de grandes bases de données administratives laissent maintes questions sans réponse. Ces études découvrent des associations, mais doivent se contenter d'hypothèses pour les expliquer. Puisque des données attestent l'impact des barrières linguistiques dans les étapes initiales du processus de recherche de soins et de gestion des maladies, comment se fait-il que ces constatations ne se répètent pas dans les études de grande envergure examinant la mortalité?

- **Exactitude des données sur la maîtrise linguistique**

La maîtrise linguistique est notoirement difficile à catégoriser, aussi les chercheurs recourent-ils à des méthodes variées pour ce faire. Rappelons tout d'abord qu'on ne procède pas au Canada à une collecte systématique de données sur la langue, ce qui oblige à compter sur le couplage de données (p. ex. sur l'immigration et sur la santé) ou sur les bases de données des établissements (dont certaines recueillent des renseignements sur la langue). Ensuite, la qualité de la collecte est parfois contestable. Dans certains cas, les données sur la langue ou sur la compétence linguistique sont omises ou les dossiers sont inexacts. Ainsi, dans une étude néerlandaise traitant de la sécurité des patients, Van Rosse et al. (2015) ont fait remarquer que 30 % des dossiers des patients aux compétences limitées en anglais ne contenaient pas de données sur la langue.

Enfin, le choix et la définition de la variable linguistique sont sujets à caution. Les publications recensées varient de par les définitions utilisées et les critères d'attribution des données linguistiques. Dans l'étude canadienne de Okrainec et al. (2015), la maîtrise linguistique est déterminée sur la foi de ce qu'a déclaré l'intéressé *au moment de sa demande d'immigration*. Dans une autre étude canadienne, elle est mesurée en fonction de la « langue préférée », qui peut ou non correspondre à la maîtrise linguistique (Shah et al., 2015). Aucune de ces mesures ne reflète nécessairement la maîtrise de l'anglais qu'ont présentement les sujets, ce qui signifie que les deux groupes linguistiques comparés ne sont pas bien définis.

- **Pertinence de la mortalité à titre d'indicateur de la qualité**

Le recours à la mortalité à titre de mesure de la qualité des soins est controversé, malgré sa forte « validité apparente » (Goodacre et al., 2015; Krauss & Maclean, 2002; Kristoffersen et al., 2012; Thomas & Hofer, 1999). Le décès étant un événement rare, son utilisation comme indicateur (le plus souvent, on mesure la mortalité dans les 30 jours) risque de ne révéler que les écarts importants entre groupes.

Les dossiers doivent faire l'objet d'une correction des risques en fonction des caractéristiques des patients et être groupés en tenant compte des maladies et de l'utilisation des services, afin que les groupes comparés soient équivalents sur le plan médical (p. ex., patients dont l'âge, le sexe, le statut socio-économique et la gravité de la maladie sont semblables). Dans l'éventualité d'ajustements inadéquats, ou si les méthodes statistiques utilisées pour l'enquête sont boiteuses, les résultats risquent d'être erronés. Même lorsque l'analyse est rigoureuse, le fait de ne repérer aucune différence sur le plan de la mortalité ne signifie pas nécessairement que la qualité des soins est uniforme. D'ailleurs, certains auteurs ont constaté des écarts dans la durée du séjour hospitalier et dans les complications survenues, alors que les résultats en termes de décès n'avaient pas augmenté (John Baptise et al., 2004; Shah et al., 2015).

- **Correction des données démographiques et des données sur la gravité**

La correction des données pour que les groupes comparés soient « également malades » peut masquer des différences susceptibles d'être survenues *plus tôt* dans la progression de la maladie (p. ex., une cardiopathie évitable qui n'a pas été gérée ou dont la gravité actuelle aurait pu être atténuée). Prenons un exemple :

M. X, dont la connaissance de l'anglais est rudimentaire, se présente à l'urgence après avoir subi un accident vasculaire cérébral. L'hôpital applique la dernière

version des lignes directrices en matière de soins en cas d'AVC. Les renseignements concernant ce patient sont saisis dans les bases de données administratives et il est classé dans le groupe des « non-anglophones ».

Il est raisonnable de supposer que la survie d'une victime d'AVC qui se présente à l'urgence dépendra de la qualité générale des services hospitaliers (et de l'adoption des lignes directrices relatives aux AVC) plutôt que du niveau de maîtrise de l'anglais du patient. Il n'y aura donc pas de différences entre les taux de mortalité des groupes. Cependant, les *conditions ayant pu mener au déclenchement de l'AVC* (p. ex., une utilisation non optimale de médicaments anticoagulants) (Bhandari et al., 2008; Fang et al., 2009; Rodriguez et al., 2013; Shen et al., 2005) ne sont pas mises en lumière dans ce scénario. Nous ne savons qu'une chose : une fois le patient arrivé à l'urgence, son taux de survie est équivalent. Ce que nous ne savons pas, c'est *quels échecs en matière de promotion de la santé, de prévention et de soins primaires ont pu faire en sorte que cet AVC se produise*.

Dans une étude australienne examinant le lien entre le traitement, le lieu de naissance et les compétences linguistiques de sujets immigrants, il a été constaté que les patients non anglophones étaient moins enclins à se faire traiter dès l'apparition d'une maladie cardiovasculaire et plus susceptibles d'être admis pour un infarctus aigu du myocarde (IAM) que les patients anglophones. Les auteurs ont avancé que si les patients cherchaient de l'aide tardivement, cela pouvait être dû au rôle que jouent les barrières linguistiques dans la difficulté : a) de communiquer leurs symptômes de façon efficace; ou b) de suivre le traitement prescrit dans les premiers stades de développement de la maladie (Renzaho, 2007). Une étude américaine a également noté un retard dans la demande de soins à la suite d'une crise cardiaque (Henderson et al., 2002). Une recherche de soins tardive peut également signifier que les patients sont globalement en meilleure santé : leur IAM aurait pu être évité. Cela pourrait aussi expliquer leur meilleure probabilité de survie.

Force est de reconnaître que les ajustements ne sont jamais parfaits. Par exemple, bien que le statut socio-économique soit reconnu comme l'un des facteurs pesant le plus sur les résultats cliniques, au Canada ce statut est généralement établi à partir du lieu du résidence. Dans le cas des immigrants (dont une forte proportion ne parle pas l'anglais), cette stratégie pose problème, car les nouveaux immigrants s'installent souvent dans des quartiers à faible revenu à leur arrivée et ceux qui ont fait des études tendent à être sous-employés (notamment en raison de compétences limitées en anglais).

• ***Prise en compte partielle des variables de confusion possibles***

Il est également possible que des différences non mesurées existent entre les groupes maîtrisant l'anglais et ne le maîtrisant pas. Ainsi, Mendu et al. (2013) signalent dans leur étude que les patients dont la langue principale n'était pas l'anglais étaient plus jeunes et présentaient des niveaux nettement plus faibles de sepsie, d'insuffisance aiguë d'un organe, d'utilisation d'inotropes ou de vasopresseurs, et de ventilation artificielle par rapport aux patients dont la langue principale était l'anglais. Les chercheurs ont estimé la gravité des affections à l'aide d'un score de défaillance aiguë d'organes étroitement corrélé à la mortalité; cependant, ils soulignent qu'une prise en compte insuffisante de la gravité des affections explique peut-être certains de leurs résultats.

Certaines caractéristiques raciales, ethniques ou culturelles pourraient également influencer sur les chances de guérison. Comme le notent Shah et al. (2015), les membres du groupe non anglophone de leur étude avaient tendance à privilégier un traitement musclé (facteur qui expliquerait à la fois le taux de mortalité plus faible et le taux de déficit neurologique plus élevé au moment du congé). D'autres auteurs ont mis de l'avant des facteurs tels que « l'effet de la bonne santé des immigrants » ou des différences sur le plan du soutien social entre les groupes ethniques ou immigrants. Cependant, la recherche n'est pas suffisamment avancée pour déterminer en quoi consistent ces facteurs et à quels groupes ne maîtrisant pas l'anglais ils pourraient s'appliquer.

- ***Incidence des barrières linguistiques dans les soins intensifs et dans d'autres services de soins de santé***

Il a été signalé que les problèmes de santé et les services qui font davantage appel à la communication lors de l'évaluation (p. ex., santé mentale, gestion des maladies chroniques) sont les plus sensibles à l'impact des barrières linguistiques. Une explication possible de l'absence d'écart pour les IAM ou les AVC tient à ce que les examens appropriés, l'observance des lignes directrices et la qualité technique des soins sont plus susceptibles de prédire la mortalité que les entretiens avec le patient dans des situations d'urgence. Il est donc raisonnable de s'attendre à ce que plus l'état des patients se détériore, moins les disparités dans les soins deviennent visibles. Ce fait est rassurant, puisqu'il indique que des soins de même qualité sont offerts en contexte de soins d'urgence ou de soins intensifs. S'y ajoute la possibilité que, voyant un patient gravement malade, les intervenants seront peut-être portés à redoubler de prudence s'ils soupçonnent que la communication ou l'exactitude de l'information posent problème.

Résumé

Plusieurs facteurs sont susceptibles de contribuer aux résultats indiquant des taux de mortalité équivalents ou inférieurs chez les patients qui font face à des barrières linguistiques. De tels résultats demandent néanmoins à être interprétés avec prudence. Nombre d'études (et parfois celles qui n'ont pas observé d'augmentation de la mortalité) relèvent chez ces patients des complications et des événements indésirables plus fréquents, et des séjours hospitaliers plus longs. Malgré leur « validité apparente », les taux de mortalité ne sont peut-être pas de bons indicateurs de la qualité des soins fournis aux patients confrontés à l'obstacle de la langue.

SECTION 3 : CONSÉQUENCES À TIRER

Des éléments convaincants attestent les effets négatifs des barrières linguistiques sur maints aspects de la sécurité des patients et de la prestation de soins de qualité. Pourtant, les acteurs du système de soins de santé y sont encore peu sensibilisés. La section qui suit examine les difficultés liées à la promotion d'une action de lutte contre les barrières linguistiques, pour ensuite passer en revue les mesures requises et les conséquences à tirer pour la SSF.

DIFFICULTÉS LIÉES À LA PROMOTION D'UNE ACTION DE LUTTE CONTRE LES BARRIÈRES LINGUISTIQUES

Niveau de sensibilisation à la recherche

Les études canadiennes, ainsi que les consultations menées auprès des communautés linguistiques en situation minoritaire et de leurs fournisseurs, ont montré que le niveau de sensibilisation à l'importance des barrières linguistiques pour la santé est généralement faible au sein du système de soins et qu'une série d'idées fausses y circulent quant aux stratégies permettant de lever ces barrières (Bowen, 2004, 2005). Dans bien des cas, les fournisseurs de soins et les administrateurs n'ont pas conscience des risques que pose, pour les patients et pour l'organisation, une prise en compte insuffisante des barrières linguistiques, et considèrent la prestation de services linguistiques comme une mesure accessoire plutôt qu'essentielle. Un projet mis en œuvre au sein de l'Office régional de la santé de Winnipeg a pourtant découvert que sur les 154 risques de haut niveau énumérés dans le Cadre de gestion des risques, 43 étaient directement touchés par les barrières linguistiques (dont 26 risques relatifs à la sécurité des patients et à la qualité des soins, sur les 31 risques recensés dans cette catégorie) (Bowen et al., 2010).

Idées fausses : qui est à risque

Une idée fautive particulièrement dangereuse veut qu'un patient connaissant *un peu* l'anglais puisse se passer d'un interprète ou d'un intervenant parlant sa langue. Cette idée fautive est sans doute plus couramment véhiculée en réponse aux locuteurs appartenant aux minorités de langue officielle, car de nombreux francophones s'expriment aussi très bien en anglais. Les études indiquent cependant que le risque augmente lorsqu'un patient parle un peu l'anglais. En effet, cette situation crée une illusion de communication, alors qu'en l'absence totale de compétence linguistique, l'intervenant constaterait le problème et pourrait prendre des précautions supplémentaires.

Les patients qui ont une connaissance rudimentaire de l'anglais ou du français peuvent donc être confrontés à des barrières linguistiques : en situation de stress ou de détresse, notamment, ils communiqueront beaucoup mieux dans leur langue maternelle. À vrai dire, de nombreux bilingues se sentent plus à l'aise dans l'une des deux langues : même ceux qui travaillent et interagissent en anglais peuvent avoir besoin de services d'accès linguistique durant une période de stress émotionnel, de crise (y compris une grossesse) ou pour comprendre un diagnostic complexe. La question de la langue peut avoir une incidence sur les soins reçus. Comme le révèle une étude américaine, même lorsque des patients latino-américains sont en mesure de s'exprimer en anglais, ils sont nettement moins susceptibles de recevoir les services de santé recommandés s'ils parlent espagnol à

la maison, que leurs pairs latino-américains qui parlent anglais à la maison (Cheng et al., 2007).

Idées fausses : comment surmonter les barrières linguistiques

Selon une autre idée reçue, l'obstacle de la langue peut être éliminé en faisant appel aux membres de la famille qui sont bilingues ou à des interprètes ponctuels. Maintes organisations ne se rendent pas compte du risque qu'il y a à utiliser des interprètes non formés en réponse aux barrières linguistiques, une stratégie prisée au Canada. Diverses études ont procédé à une analyse de transcriptions d'entretiens et illustré sous forme graphique les risques découlant du recours à des interprètes non professionnels. Elles montrent les voies par où s'introduisent les erreurs et la façon dont celles-ci se répercutent sur les résultats cliniques. Les études qui ont effectué ce type d'analyse (Ebden et al., 1988; Elderkin-Thompson et al., 2001; Flores et al., 2003; Flores et al., 2012; Jackson et al., 2011; Laws et al., 2004; Pham et al., 2008) ont répertorié différents types d'erreurs :

- Omission d'information fournie par le client ou le fournisseur de soins;
- Ajout d'information par rapport aux propos du client ou du fournisseur de soins;
- Substitution de mots, de concepts et d'idées;
- Emploi de mots inexacts pour décrire l'anatomie, les symptômes ou le traitement;
- Non interprétation d'un message;
- Fausse capacité linguistique;
- Interprétation subjective;
- Changement de rôle (p. ex., assumer le rôle de l'intervieweur).

Il n'est pas rare que des dizaines d'erreurs se produisent en l'espace d'un court entretien. Bon nombre de ces erreurs sont susceptibles d'avoir des conséquences sur le plan clinique. Dans une étude de l'interprétation en pédiatrie, Flores et ses collègues (2003) ont découvert une moyenne de 29 erreurs d'interprétation par rencontre, dont 63 % avaient des conséquences cliniques potentielles. À une occasion, l'interprète a mal traduit les directives d'administration d'un antibiotique oral et indiqué à la mère de verser le produit dans l'oreille de l'enfant. Dans la même veine, Laws et al. (2004) ont constaté que pour plus de 66 % des segments de communication analysés, l'information relayée par l'interprète présentait des erreurs importantes ou des omissions.

Lacunes de la recherche canadienne

Comme mentionné auparavant, la recherche canadienne sur les barrières linguistiques dans le milieu des soins est peu étoffée. Certains administrateurs pourraient en déduire que les données sont insuffisantes pour une prise de décision éclairée.

La recherche est limitée par les données disponibles : aucune instance fédérale ou provinciale canadienne n'exige la collecte systématique de données sur la compétence linguistique. Ce vide a pour effet de compliquer ou d'écartier certaines méthodes de recherche (p. ex., l'utilisation de grands volumes de données administratives pour examiner les écarts dans les résultats cliniques selon la maîtrise linguistique). On ne saurait surestimer l'importance de coder les données en fonction de la langue. Dans un autre domaine, par exemple, le fait que les données administratives comportent un code indiquant l'appartenance aux Premières Nations permet de documenter les différences entre les membres inscrits des Premières Nations et d'autres Canadiens quant aux habitudes d'utilisation des services et aux résultats cliniques (voir notamment Martens et al., 2002). En dépit des limites de la recherche canadienne, il est possible de cerner les

mécanismes qui font que les barrières linguistiques mènent à des résultats moins favorables sur le plan de la santé et de tirer les enseignements des études réalisées ailleurs.

Mis à part quelques publications dans le domaine de la santé et des services d'accès linguistique francophones, pratiquement aucune étude n'a abordé le thème de la qualité et de la sécurité des soins offerts aux minorités de langue officielle. Cette lacune est préoccupante. Trop souvent, l'absence d'études sur un sujet incite les décideurs à conclure qu'il n'y pas de réel problème (l'absence de preuves devenant ainsi une preuve d'absence). Le mince corpus de publications canadiennes recensées corrobore les conclusions d'autres pays relatives aux compétences limitées en anglais. Il reste cependant à confirmer que les données internationales sur les risques des barrières linguistiques (essentiellement pour les populations immigrantes) s'appliquent également aux minorités de langue officielle au Canada.

Conception de l'accès linguistique comme un enjeu secondaire

Autre défi, la lutte contre les barrières linguistiques est souvent appréhendée sous l'angle de la « sensibilité culturelle » (comme un bon geste à poser) plutôt que sous l'angle de la qualité ou de la sécurité. Les interventions proposées revêtent alors un caractère facultatif. Cela signifie également que la philosophie et les normes, désormais acceptées au sein du mouvement pour la sécurité des patients, appelant à l'instauration de changements *systemiques* pour atténuer les risques qui pèsent sur la qualité et la sécurité, ne s'appliquent pas dans le cas des barrières linguistiques.

Au final, cet état de fait oblige à dépendre de l'engagement des praticiens individuels (dont proviennent la plupart des renseignements sur les accidents évités de justesse découlant des barrières linguistiques) pour assurer la sécurité des patients qui ne maîtrisent pas l'anglais; cette façon de procéder ne satisfait pas aux pratiques exemplaires acceptées pour d'autres enjeux du même type qui font l'objet d'interventions fondées sur des données probantes conçues et mises en œuvre à *l'échelon organisationnel*.

ACTIONS REQUISES

Recherches

La recherche sur les barrières linguistiques présente d'importantes lacunes, surtout au Canada. Là où les mécanismes d'impact sont bien compris, il est concevable d'appliquer les conclusions internationales au contexte canadien. Cependant, chaque système de santé (et chaque culture nationale) étant unique, nous avons besoin d'autres études traitant de la situation qui a cours au Canada. Il faudrait également mettre de côté la question des différences culturelles et ethniques, qui a jusqu'à présent dominé la recherche canadienne, pour se concentrer sur les différences de traitement en fonction de la maîtrise linguistique.

Le Canada a tout ce qu'il faut pour exercer un rôle de chef de file dans ce domaine de recherche : plusieurs provinces possèdent de solides bases de données sur la santé de la population et une excellente expertise en recherche sur les disparités à l'aide des mesures du statut socio-économique. Le pays abrite une population multiculturelle et multilingue. Par ailleurs, la prestation de services de santé universels facilite la recherche sur l'impact des barrières linguistiques indépendamment de la situation d'assurance.

En parallèle, il est important d'élaborer un programme de recherche qui évalue l'efficacité des interventions en matière d'accès linguistique. La diversité qui caractérise les régions canadiennes exige de faire preuve d'innovation afin que les modèles, à la fois : a) correspondent aux normes d'un accès linguistique de qualité; b) soient praticables dans un contexte précis.

La recherche dans le domaine de l'accès linguistique et le mouvement pour la sécurité des patients n'ont pas de tradition de collaboration. Par conséquent, l'éventuelle influence des variables culturelles et linguistiques sur la fréquence et l'impact des événements indésirables évitables chez les patients issus de minorités raciales, ethno-culturelles ou linguistiques n'a pas fait l'objet d'une exploration poussée (Johnstone & Kanitsaki, 2006). Les futures activités de recherche exigeront une collaboration entre a) des chercheurs habitués à manier de grands ensembles de données, b) des spécialistes de l'accès linguistique et des barrières linguistiques, c) des experts en sécurité des patients, et d) des chercheurs capables de cerner, au moyen de méthodes qualitatives et mixtes, les mécanismes par lesquels les barrières linguistiques se répercutent sur la qualité des soins et la sécurité.

Promotion de l'utilisation des données

Bien que d'autres recherches soient nécessaires dans de nombreux domaines et que l'applicabilité des constatations internationales à notre contexte mérite d'être confirmée par des études canadiennes, les données dont on dispose sur les risques sont suffisantes pour agir. À cette fin, il faut dresser un plan d'action fondé sur les données les plus récentes en matière d'application des connaissances et de science de la mise en œuvre.

CONSÉQUENCES À TIRER

Conséquences pour la SSF

Comme indiqué dans l'introduction, ce rapport se concentre sur l'une des nombreuses questions liées à l'accès linguistique qui intéressent la Société Santé en français, à savoir la qualité et la sécurité des soins de santé. Il laisse de côté : a) les autres effets des barrières linguistiques sur la santé (p. ex., leur incidence sur l'efficacité du système de santé) et dans d'autres secteurs; b) le désir légitime chez les locuteurs de langue officielle du Canada d'avoir accès aux services dans leur langue préférée ainsi que les obligations légales en ce sens.

Par ailleurs, la SSF fait face au défi pratique de trouver des modèles de services d'accès linguistique appropriés et fondés sur des données probantes. Comme nous l'avons signalé plus tôt, très peu d'études ont cherché à évaluer les interventions en matière d'accès linguistique (Schwei et al., 2015). Dans un pays aussi diversifié que le Canada, la formulation de solutions réalistes qui satisfont aux normes reconnues en matière d'accès linguistique tout en étant acceptables aux yeux des communautés touchées est un défi prioritaire. Jusqu'à présent, la population franco-canadienne n'a pas accueilli favorablement les modèles faisant appel aux services d'interprétation, préférant réclamer des services en français. Aussi légitime que soit ce choix (étant donné le statut de langue officielle du français au pays), le pari crucial à relever concerne la faisabilité d'une prestation de

services de santé en français dans l'ensemble du Canada, y compris dans les régions rurales et éloignées.

Promouvoir la recherche sur l'incidence des barrières linguistiques sur les minorités de langue officielle

La rareté des publications traitant des effets des barrières linguistiques sur les minorités de langue officielle au Canada est un point qui préoccupe particulièrement la SSF. Cette recension, réalisée en anglais, n'a vraisemblablement pas couvert la totalité des écrits relatifs aux minorités francophones du Canada. En général, cependant, les grandes revues médicales ou du domaine de la santé fournissent des résumés de leurs articles en anglais. Il est permis d'en déduire que, s'il existe des études additionnelles décrivant l'expérience des francophones au Canada, cette documentation n'est pas aisément accessible et a donc peu de chances d'influer sur les politiques en matière de services de santé.

Vu l'étendue de la littérature internationale examinant l'impact des barrières linguistiques sur la santé et les services de santé, la SSF voudra peut-être explorer des stratégies qui encouragent les recherches dans ce domaine ciblant expressément les minorités francophones du Canada.

Élaborer et promouvoir des stratégies qui facilitent le passage de la recherche à l'action

Bien que les conséquences négatives de l'inaction face aux barrières linguistiques fassent l'objet d'un large consensus international, la prise de conscience de ces risques reste embryonnaire au sein du système de santé canadien. Il importe donc de consacrer des efforts énergiques à l'élaboration et à la mise en œuvre de stratégies qui feront évoluer ces perceptions.

L'habitude répandue de présenter les besoins en matière d'accès linguistique comme une question de sensibilité, plutôt que de qualité et de sécurité des soins, appelle une attention particulière. Des études ont montré qu'il y a des difficultés additionnelles à promouvoir une action fondée sur des données issues des sciences humaines plutôt que des sciences dures; or les « barrières linguistiques » sont perçues comme un enjeu qualitatif, accessoire, ne ressortant pas à la science pure et dure (Hanney et al., 2003). La promotion de l'utilisation des données relatives aux communautés minoritaires rencontre également des défis particuliers au sein du système de santé (Bowen et al., 2011).

Ces difficultés indiquent qu'il faut accorder une attention soutenue à la mise au point d'un plan efficace qui permettra de promouvoir non seulement une prise de conscience au sujet des problèmes d'accès linguistique, mais des mesures appropriées les concernant. Ce plan devrait s'adresser aux décideurs fédéraux et provinciaux ainsi qu'aux autorités sanitaires et à d'autres fournisseurs de soins de santé.

Établir des collaborations avec d'autres communautés linguistiques minoritaires

Les mécanismes au moyen desquels les barrières linguistiques se répercutent sur la santé sont semblables pour tous les groupes linguistiques. Les difficultés des minorités de langue officielle sont particulièrement préoccupantes puisque les francophones ont des droits légaux que d'autres groupes n'ont pas. L'établissement de partenariats efficaces avec d'autres communautés linguistiques minoritaires (à l'exemple de ce qui a été fait dans

certaines provinces (Bowen, 2005)) offre la possibilité à la SSF : a) d'apprendre de l'expérience de ces communautés et de se tenir au courant des données récentes issues du terrain; b) grâce à la collaboration, d'avoir un plus grand impact sur les défis communs.

Formuler des orientations concernant les recherches et les interventions futures

Il est de plus en plus admis que les meilleures études, en termes de qualité et d'efficacité, émanent de partenariats qui associent les chercheurs aux praticiens et experts sur le terrain. C'est ce qu'on appelle souvent « l'application intégrée des connaissances » ou « la recherche engagée » (Bowen & Graham, 2013). La SSF a une occasion importante de participer à l'orientation des priorités de recherche et d'éclairer la conception des études afin que les travaux à venir approfondissent notre compréhension de ce domaine capital. L'expérience montre que de telles initiatives de collaboration permettent de promouvoir des interventions fondées sur les données probantes tant dans le domaine des politiques que celui des programmes.

Résumé

Les écueils que présentent les barrières linguistiques non prises en compte dans le système de santé sont nombreux et variés. Il ne suffit pas que des études recensent et décrivent les risques posés par ces obstacles. Des stratégies doivent être mises au point pour promouvoir une action appropriée à la lumière des recherches, en lien avec l'expérience communautaire dans le contexte canadien.

CONCLUSION

Cette recension critique s'est limitée à l'examen des données concernant les effets des barrières linguistiques sur la qualité et la sécurité des soins dans le système de santé. Les données actuelles montrent que les barrières linguistiques touchent tous les aspects de la santé ou presque. Les recherches internationales ont établi de manière probante et systématique les répercussions négatives des barrières linguistiques : faible participation aux activités de promotion de la santé et de prévention des maladies; demandes de soins tardives; accès initial problématique à la plupart des services de santé; risques accrus d'erreurs de diagnostic; problèmes de compréhension et d'observance du traitement prescrit; satisfaction moindre des patients; risque accru de subir des événements indésirables; moins bonne gestion des maladies chroniques; et gestion moins efficace de la douleur. Par ailleurs, il est fréquent que les barrières linguistiques compromettent l'obtention du consentement éclairé et la protection de la confidentialité des clients (des patients).

Reconnaissant l'importance des barrières linguistiques en ce qui a trait à la sécurité des patients, certains organismes de santé font maintenant participer les interprètes à l'analyse des causes profondes des événements sentinelles, élargissant l'éventail d'expérience et de compétences mis à contribution dans l'examen des solutions systémiques (Robert Wood Johnson Foundation, 2008).

L'absence d'association entre les barrières linguistiques et une mortalité accrue à court terme, constatée dans un petit nombre d'études, comme les résultats plus favorables enregistrés chez les patients non anglophones, ne devraient pas servir à justifier l'inaction face aux barrières linguistiques. Il est indispensable de comprendre les mécanismes d'action des barrières linguistiques sur l'utilisation des services de santé et les résultats cliniques, ainsi que les points forts et les limites des études reposant sur l'analyse de données administratives.

Les barrières linguistiques ne donnent pas toujours lieu à des erreurs médicales : elles conduisent parfois à un surcroît de prudence dans les traitements. Les quelques études qui abordent l'impact des barrières linguistiques sur l'utilisation des services de santé montrent que les intervenants prennent des précautions additionnelles en présence d'une barrière linguistique, ce qui se traduit par de plus nombreux tests de laboratoire et d'imagerie (Hampers et al., 1999; Hampers & Nutley, 2002; Waxman & Levitt, 2000); de plus longs séjours à l'urgence ou dans le service; ou une probabilité accrue d'admission ou de hausse du niveau de triage. Si ces gestes concourent à la sécurité des patients, ils risquent néanmoins de nuire à l'efficience, une autre dimension de la qualité des soins.

En outre, le fait de s'en remettre au dévouement et au bon jugement des intervenants eux-mêmes pour prévenir les erreurs, sans s'attaquer aux risques systémiques, va à l'encontre des connaissances dont on dispose à l'heure actuelle sur la création et le maintien d'une culture axée sur la sécurité du patient.

Bien que la question déborde le cadre du présent rapport, il importe de signaler que le patient (ou le client) n'est pas le seul à risque : de plus en plus d'éléments tendent à

montrer que les intervenants et les organismes de santé s'exposent à des risques en faisant l'impasse sur les services d'accès linguistique. Les barrières linguistiques sont associées à une satisfaction moins élevée des fournisseurs de soins, à des expériences d'apprentissage insatisfaisantes pour les étudiants et les résidents en médecine ainsi qu'à une inquiétude grandissante face à d'éventuelles poursuites pour faute professionnelle. Elles ont également une incidence sur les habitudes d'utilisation des services. Ces effets organisationnels peuvent nuire aux soins dispensés à l'ensemble des patients.

Soulignons enfin que si les données concernant la qualité et la sécurité des soins revêtent une importance primordiale dans la planification de la lutte contre les barrières linguistiques, on ne saurait s'en contenter. Les mesures de lutte envisagées doivent tenir compte du contexte historique, juridique et culturel dans lequel elles viendront s'insérer : les droits particuliers des minorités de langue officielle constituent un sujet distinct qui n'a pas été couvert dans la présente revue.

RÉFÉRENCES

- Abbe, M., Simon, C., Angiolillo, A., Ruccione, K., & Kodish, E. D. (2006). A survey of language barriers from the perspective of pediatric oncologists, interpreters, and parents. *Pediatric Blood & Cancer*, 47(6), 819-824. doi:10.1002/pbc.20841
- Alexandraki, I., & Mooradian, A. D. (2010). Barriers related to mammography use for breast cancer screening among minority women. *Journal of the National Medical Association*, 102(3), 206-218.
- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., Normand, J., & Task Force on Community Preventive Services. (2003). Culturally competent healthcare systems. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3 Suppl), 68-79.
- Andrulis, D., Goodman, N., & Pryor, C. (2002). What a difference an interpreter can make: Health care experiences of uninsured with limited English proficiency. Brandeis University, The Access Project.
- Arthur, K. C., Mangione-Smith, R., Meischke, H., Zhou, C., Strelitz, B., Acosta Garcia, M., & Brown, J. C. (2015). Impact of english proficiency on care experiences in a pediatric emergency department. *Academic Pediatrics*, 15(2), 218-224. doi:10.1016/j.acap.2014.06.019
- Ayanian, J. Z., Zaslavsky, A. M., Guadagnoli, E., Fuchs, C. S., Yost, K. J., Creech, C. M., . . . Wright, W. E. (2005). Patients' perceptions of quality of care for colorectal cancer by race, ethnicity, and language. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 23(27), 6576-6586. doi:10.1200/JCO.2005.06.102
- Baker, D. W., Hayes, R., & Fortier, J. P. (1998). Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care for spanish-speaking patients. *Medical Care*, 36(10), 1461-1470.
- Bakullari, A., Metersky, M. L., Wang, Y., Eldridge, N., Eckenrode, S., Pandolfi, M. M., . . . Moy, E. (2014). Racial and ethnic disparities in healthcare-associated infections in the united states, 2009-2011. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 35, S10-S16. doi:10.1086/677827
- Bard, M. R., Goettler, C. E., Schenarts, P. J., Collins, B. A., Toschlog, E. A., Sagraves, S. G., & Rotondo, M. F. (2004). Language barrier leads to the unnecessary intubation of trauma patients. *The American Surgeon*, 70(9), 783-786.
- Bartlett, G., Blais, R., Tamblyn, R., Clermont, R. J., & MacGibbon, B. (2008). Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal De l'Association Medicale Canadienne*, 178(12), 1555-1562. doi:10.1503/cmaj.070690
- Barton, J. L., Schmajuk, G., Trupin, L., Graf, J., Imboden, J., Yelin, E. H., & Schillinger, D. (2013). Poor knowledge of methotrexate associated with older age and limited english-language proficiency in a diverse rheumatoid arthritis cohort. *Arthritis Research & Therapy*, 15(5), R157.
- Bauer, A. M., & Alegria, M. (2010). Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: A systematic review. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 61(8), 765-773. doi:10.1176/appi.ps.61.8.765; 10.1176/appi.ps.61.8.765
- Bernard, A., Whitaker, M., Ray, M., Rockich, A., Barton-Baxter, M., Barnes, S. L., . . . Kearney, P. (2006). Impact of language barrier on acute care medical professionals is dependent

- upon role. *Journal of Professional Nursing : Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 22(6), 355-358. doi:10.1016/j.profnurs.2006.09.001
- Betancourt, J. R., & Jacobs, E. A. (2000). Language barriers to informed consent and confidentiality: The impact on women's health. *Journal of the American Medical Women's Association* (1972), 55(5), 294-295.
- Betjemann, J. P., Thompson, A. C., Santos-Sánchez, C., Garcia, P. A., & Ivey, S. L. (2013). Distinguishing language and race disparities in epilepsy surgery. *Epilepsy and Behavior*, 28(3), 444-449. doi:10.1016/j.yebeh.2013.06.020
- Bhandari, V. K., Wang, F., Bindman, A. B., & Schillinger, D. (2008). Quality of anticoagulation control: Do race and language matter? *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19(1), 41-55. doi:10.1353/hpu.2008.0002
- Binder, P., Borne, Y., Johnsdotter, S., & Essen, B. (2012). Shared language is essential: Communication in a multiethnic obstetric care setting. *Journal of Health Communication*, doi:10.1080/10810730.2012.665421
- Bouchard, L., Chomienne, M. H., Benoit, M., Boudreau, F., Lemonde, M., & Dufour, S. (2012). Do chronically ill, elderly francophone patients believe they are adequately served by ontario's health care system?: Exploratory study of the effect of minority-language communities. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 58(12), e686-7, 1325.
- Bowen, S. (2001). *Language barriers in access to healthcare*. Ottawa: Health Canada.
- Bowen, S. (2004). *Language barriers within the Winnipeg Regional Health Authority: Evidence and implications*. Winnipeg Regional Health Authority.
- Bowen, S. (2005). *Development of a coordinated response to addressing language barriers within the WRHA*. Winnipeg Regional Health Authority.
- Bowen, S., Botting, I., Roy, J.P. (2011) *Promoting action on equity issues: a knowledge-to-action handbook*. Edmonton: School of Public Health, University of Alberta.
- Bowen, S.. WRHA Language Barriers Committee (2006). "Marginalized" evidence: Effective knowledge translation strategies for low awareness issues, *Healthcare Management Forum*; 19(3):38-44.
- Bowen, S., Gibbens, M., Roy, J., Edwards, J. (2010). From 'multicultural health' to 'knowledge translation' – rethinking strategies to promote language access within a risk management framework. *Journal of Specialised Translation* 14,145-164.
- Bowen, S. & Graham, I. (2013). From knowledge translation to "engaged scholarship": Promoting research relevance and utilization. *Archives of Physical Rehabilitation Medicine*, 2013
- Bradshaw, M., Tomany-Korman, S., & Flores, G. (2007). Language barriers to prescriptions for patients with limited english proficiency: A survey of pharmacies. *Pediatrics*, 120(2), e225-35. doi:10.1542/peds.2006-3151
- Brar, S., Tang, S., Drummond, N., Palacios-Derflingher, L., Clark, V., John, M., & Ross, S. (2009). Perinatal care for south asian immigrant women and women born in canada: Telephone survey of users. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada : JOGC = Journal d'Obstetrique Et Gynecologie Du Canada : JOGC*, 31(8), 708-716.
- Brisset, C., Leanza, Y., Rosenberg, E., Vissandjee, B., Kirmayer, L. J., Muckle, G., . . . Laforce, H. (2014). Language barriers in mental health care: A survey of primary care practitioners.

- Journal of Immigrant and Minority Health / Center for Minority Public Health, 16(6), 1238-1246. doi:10.1007/s10903-013-9971-9; 10.1007/s10903-013-9971-9
- Burbano O'Leary, S. C., Federico, S., & Hampers, L. C. (2003). The truth about language barriers: one residency program's experience. *Pediatrics*, 111, e569-e573.
- Bustillos, D. (2009). Limited english proficiency and disparities in clinical research. *The Journal of Law, Medicine & Ethics : A Journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, 37(1), 28-37. doi:10.1111/j.1748-720X.2009.00348.x; 10.1111/j.1748-720X.2009.00348.x
- Carrasquillo, O., Orav, E. J., Brennan, T. A., & Burstin, H. R. (1999). Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department. *Journal of General Internal Medicine*, 14(2), 82-87.
- Chalabian, J. & Dunnington, G. (1997). Impact of language barrier on quality of patient care, resident stress and teaching. *Teaching and Learning in Medicine*, 9, 84-90.
- Chan, A., & Woodruff, R. K. (1999). Comparison of palliative care needs of english- and non-english-speaking patients. *Journal of Palliative Care*, 15(1), 26-30.
- Chan, K. S., Keeler, E., Schonlau, M., Rosen, M., & Mangione-Smith, R. (2005). How do ethnicity and primary language spoken at home affect management practices and outcomes in children and adolescents with asthma? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(3), 283-289. doi:10.1001/archpedi.159.3.283
- Chauhan, U., Baker, D., Lester, H., & Edwards, R. (2010). Exploring uptake of cardiac rehabilitation in a minority ethnic population in England: A qualitative study. *European Journal of Cardiovascular Nursing : Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 9(1), 68-74. doi:10.1016/j.ejcnurse.2009.10.003
- Chen, A. W., Kazanjian, A., & Wong, H. (2009). Why do Chinese Canadians not consult mental health services: Health status, language or culture? *Transcultural Psychiatry*, 46(4), 623-641. doi:10.1177/1363461509351374
- Chen, J., Fang, H., & Rizzo, J. A. (2011). Physician-patient language concordance and malpractice concerns. *Medical Care*, 49(11), 1040-1044. doi:10.1097/MLR.0b013e31822efc98
- Cheng, E.M., Chen, A., Cunningham, W.. (2007). Primary language and receipt of recommended health care among Hispanics in the United States. *J Gen Intern Med*.
- Choi, S., Lee, J. A., & Rush, E. (2011). Ethnic and language disparities in diabetes care among California residents. *Ethnicity & Disease*, 21(2), 183-189.
- Choudhry, U. K., Srivastava, R., & Fitch, M. I. (1998). Breast cancer detection practices of South Asian women: Knowledge, attitudes, and beliefs. *Oncology Nursing Forum*, 25(10), 1693-1701.
- Chow, C. M., Chu, J. Y., Tu, J. V., & Moe, G. W. (2008). Lack of awareness of heart disease and stroke among Chinese Canadians: Results of a pilot study of the Chinese Canadian Cardiovascular Health Project. *The Canadian Journal of Cardiology*, 24(8), 623-628.
- Clark M.M. (1983). Cultural context of medical practice. *Western Journal of Medicine*, 139, 806-810.
- Claudio, L., & Stingone, J. A. (2009). Primary household language and asthma care among Latino children. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20(3), 766-779. doi:10.1353/hpu.0.0164; 10.1353/hpu.0.0164

- Cleeland, C.S., Gonin, R., Baez, L., Loehrer, P., Pandya, K.J. (1997). Pain and treatment of pain in minority patients with cancer. The Eastern Cooperative Oncology Group Minority Outpatient Pain Study. *Ann Intern Med.* 1;127(9):813-6. PubMed PMID:9382402.
- Cleland, J. A., Watson, M. C., Walker, L., Denison, A., Vanes, N., & Moffat, M. (2012). Community pharmacists' perceptions of barriers to communication with migrants. *The International Journal of Pharmacy Practice*, 20(3), 148-154. doi:10.1111/j.2042-7174.2011.00172.x; 10.1111/j.2042-7174.2011.00172.x
- Clyne, M. (2001). Bilingualism, code-switching and aging: a myth of attrition and a tale of collaboration. In: Schmid MS, Lowie L.(eds) *Modeling Bilingualism. From Structure to Chaos*. Amsterdam, John Benjamins. 201-220.
- Cohen, A. L., & Christakis, D. A. (2006). Primary language of parent is associated with disparities in pediatric preventive care. *The Journal of Pediatrics*, 148(2), 254-258. doi:10.1016/j.jpeds.2005.10.046
- Cohen, A. L., Rivara, F., Marcuse, E. K., McPhillips, H., & Davis, R. (2005). Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients? *Pediatrics*, 116(3), 575-579. doi:10.1542/peds.2005-0521
- Collins, K.S., Hughes, D.L., Doty, M.M., Ives, B.L., Edwards, J.N., Tenney, K. (2002). Diverse communities, common concerns. Assessing health care quality for minority Americans: Findings from the Commonwealth Fund 2001 Health Care Quality Survey. http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/collins_diversecommun_523.pdf
- Coronado, G. D., Taylor, V. M., Tu, S. P., Yasui, Y., Acorda, E., Woodall, E., . . . Hislop, T. G. (2007). Correlates of hepatitis B testing among chinese americans. *Journal of Community Health*, 32(6), 379-390. doi:10.1007/s10900-007-9060-x
- Cottrell, E. K., O'Brien, K., Curry, M., Meckler, G. D., Engle, P. P., Jui, J., . . . Guise, J. M. (2014). Understanding safety in prehospital emergency medical services for children. *Prehospital Emergency Care : Official Journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*, 18(3), 350-358. doi:10.3109/10903127.2013.869640; 10.3109/10903127.2013.869640
- Coup, A. (1996). Cultural safety and culturally congruent care: A comparative analysis of irihapeti ramsden's and madeleine leininger's educational projects for practice. *Nursing Praxis in New Zealand Inc*, 11(1), 4-11.
- Crane, J. A. (1997). Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 15(1), 1-7.
- David, R. A., & Rhee, M. (1998). The impact of language as a barrier to effective health care in an underserved urban hispanic community. *The Mount Sinai Journal of Medicine, New York*, 65(5-6), 393-397.
- de Bocanegra, H. T., Rostovtseva, D., Cetinkaya, M., Rundel, C., & Lewis, C. (2011). Quality of reproductive health services tolimited english proficient (LEP) patients. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 22(4), 1167-1178. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-81255142699&partnerID=40&md5=f73235d72ec616eeaff0851a78a5c4a9>
- DeCamp, L. R., Choi, H., & Davis, M. M. (2011). Medical home disparities for latino children by parental language of interview. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 22(4), 1151-1166. doi:10.1353/hpu.2011.0113
- Derose, K. P., & Baker, D. W. (2000). Limited english proficiency and latinos' use of physician services. *Medical Care Research and Review : MCRR*, 57(1), 76-91.

- Detz, A., Mangione, C. M., Nunez de Jaimes, F., Noguera, C., Morales, L. S., Tseng, C. H., & Moreno, G. (2014). Language concordance, interpersonal care, and diabetes self-care in rural latino patients. *Journal of General Internal Medicine*, 29(12), 1650-1656. doi:10.1007/s11606-014-3006-7; 10.1007/s11606-014-3006-7
- Diaz, J. A., Roberts, M. B., Clarke, J. G., Simmons, E. M., Goldman, R. E., & Rakowski, W. (2013). Colorectal cancer screening: Language is a greater barrier for latino men than latino women. *Journal of Immigrant and Minority Health / Center for Minority Public Health*, 15(3), 472-475. doi:10.1007/s10903-012-9667-6; 10.1007/s10903-012-9667-6
- Diaz, J. A., Roberts, M. B., Goldman, R. E., Weitzen, S., & Eaton, C. B. (2008). Effect of language on colorectal cancer screening among latinos and non-latinos. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention : A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 17(8), 2169-2173. doi:10.1158/1055-9965.EPI-07-2692
- Dick, T. (2011). Betrayal. protecting people's privacy on scene. *EMS World*, 40(8), 16.
- Dilworth, T. J., PharmD Student, Mott, D., & Young, H. (2009). Pharmacists' communication with spanish-speaking patients: A review of the literature to establish an agenda for future research. *Research in Social & Administrative Pharmacy : RSAP*, 5(2), 108-120. doi:10.1016/j.sapharm.2008.05.005; 10.1016/j.sapharm.2008.05.005
- Divi, C., Koss, R. G., Schmaltz, S. P., & Loeb, J. M. (2007). Language proficiency and adverse events in US hospitals: A pilot study. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 19(2), 60-67. doi:10.1093/intqhc/mzl069
- Domino, J., McGovern, C., Chang, K. W., Carlozzi, N. E., & Yang, L. J. (2014). Lack of physician-patient communication as a key factor associated with malpractice litigation in neonatal brachial plexus palsy. *Journal of Neurosurgery.Pediatrics*, 13(2), 238-242. doi:10.3171/2013.11.PEDS13268; 10.3171/2013.11.PEDS13268
- Douglas, J., Delpachitra, P., Paul, E., McGain, F., & Pilcher, D. (2014). Non-english speaking is a predictor of survival after admission to intensive care. *Journal of Critical Care*, 29(5), 769-774. doi:10.1016/j.jcrc.2014.03.037
- DuBard, C. A., Garrett, J., & Gizlice, Z. (2006). Effect of language on heart attack and stroke awareness among U.S. hispanics. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(3), 189-196. doi:10.1016/j.amepre.2005.10.024
- Dunlap, J. L., Jaramillo, J. D., Koppolu, R., Wright, R., Mendoza, F., & Bruzoni, M. (2014). The effects of language concordant care on patient satisfaction and clinical understanding for hispanic pediatric surgery patients. *Journal of Pediatric Surgery*, doi:10.1016/j.jpedsurg.2014.12.020; 10.1016/j.jpedsurg.2014.12.020
- Eamranond, P. P., Davis, R. B., Phillips, R. S., & Wee, C. C. (2009). Patient-physician language concordance and lifestyle counseling among spanish-speaking patients. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 11(6), 494-498. doi:10.1007/s10903-008-9222-7
- Eamranond, P. P., Legedza, A. T., Diez-Roux, A. V., Kandula, N. R., Palmas, W., Siscovick, D. S., & Mukamal, K. J. (2009). Association between language and risk factor levels among hispanic adults with hypertension, hypercholesterolemia, or diabetes. *American Heart Journal*, 157(1), 53-59. doi:10.1016/j.ahj.2008.08.015
- Ebden P, Bhatt A, Carey OJ, Harrison B. The bilingual consultation. *Lancet*, 1988; Feb 13; 1 (8581): 347.

- Elderkin-Thompson, V., Silver, R. C., & Waitzkin, H. (2001). When nurses double as interpreters: A study of spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social Science & Medicine* (1982), 52(9), 1343-1358.
- Eneriz-Wiemer, M., Sanders, L. M., Barr, D. A., & Mendoza, F. S. (2014). Parental limited english proficiency and health outcomes for children with special health care needs: A systematic review. *Academic Pediatrics*, 14(2), 128-136. doi:10.1016/j.acap.2013.10.003
- Ens, T. A., Seneviratne, C. C., Jones, C., Green, T. L., & King-Shier, K. M. (2014). South asians' cardiac medication adherence. *European Journal of Cardiovascular Nursing : Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 13(4), 357-368. doi:10.1177/1474515113498187; 10.1177/1474515113498187
- Epner, D. E., & Baile, W. F. (2012). Patient-centered care: The key to cultural competence. *Annals of Oncology : Official Journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*, 23 Suppl 3, 33-42. doi:10.1093/annonc/mds086; 10.1093/annonc/mds086
- Eskes, C., Salisbury, H., Johannsson, M., & Chene, Y. (2013). Patient satisfaction with language--concordant care. *The Journal of Physician Assistant Education : The Official Journal of the Physician Assistant Education Association*, 24(3), 14-22.
- Fang, D. M., & Baker, D. L. (2013). Barriers and facilitators of cervical cancer screening among women of hmong origin. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 24(2), 540-555. doi:10.1353/hpu.2013.0067; 10.1353/hpu.2013.0067
- Fang, M. C., Panguluri, P., Machtinger, E. L., & Schillinger, D. (2009). Language, literacy, and characterization of stroke among patients taking warfarin for stroke prevention: Implications for health communication. *Patient Education and Counseling*, 75(3), 403-410. doi:10.1016/j.pec.2008.12.009
- Farmer, S. A., Roter, D. L., & Higginson, I. J. (2006). Chest pain: Communication of symptoms and history in a london emergency department. *Patient Education and Counseling*, 63(1-2), 138-144. doi:10.1016/j.pec.2005.09.009
- Fernandez, A., Schillinger, D., Warton, E. M., Adler, N., Moffet, H. H., Schenker, Y., . . . Karter, A. J. (2011). Language barriers, physician-patient language concordance, and glycemic control among insured latinos with diabetes: The diabetes study of northern california (DISTANCE). *Journal of General Internal Medicine*, 26(2), 170-176. doi:10.1007/s11606-010-1507-6
- Fiscella, K., Franks, P., Doescher, M. P., & Saver, B. G. (2002). Disparities in health care by race, ethnicity, and language among the insured: Findings from a national sample. *Medical Care*, 40(1), 52-59.
- Fitch, M. I., Greenberg, M., Levstein, L., Muir, M., Plante, S., & King, E. (1997). Health promotion and early detection of cancer in older adults: assessing knowledge about cancer. *Oncol.Nurs.Forum*, 24, 1743-1748.
- Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research and Review : MCRR*, 62(3), 255-299. doi:10.1177/1077558705275416
- Flores, G., Abreu, M., Barone, C. P., Bachur, R., & Lin, H. (2012). Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: A comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters. *Annals of Emergency Medicine*, 60(5), 545-553.
- Flores, G., Laws, M. B., Mayo, S. J., Zuckerman, B., Abreu, M., Medina, L., & Hardt, E. J. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*, 111(1), 6-14.

- Flores, G., & Ngui, E. (2006). Racial/Ethnic disparities and patient safety. *Pediatric Clinics of North America*, 53(6), 1197-1215. doi:10.1016/j.pcl.2006.09.003
- Flynn, P. M., Ridgeway, J. L., Wieland, M. L., Williams, M. D., Haas, L. R., Kremers, W. K., & Breitkopf, C. R. (2013). Primary care utilization and mental health diagnoses among adult patients requiring interpreters: A retrospective cohort study. *Journal of General Internal Medicine*, 28(3), 386-391. doi:10.1007/s11606-012-2159-5; 10.1007/s11606-012-2159-5
- Fryer, C., Mackintosh, S., Batchelor, F., Hill, K., & Said, C. (2012). The effect of limited english proficiency on falls risk and falls prevention after stroke. *Age and Ageing*, 41(1), 104-107. doi:10.1093/ageing/afr127
- Gaal, S., Verstappen, W., & Wensing, M. (2010). Patient safety in primary care: A survey of general practitioners in the netherlands. *BMC Health Services Research*, 10, 21-6963-10-21. doi:10.1186/1472-6963-10-21; 10.1186/1472-6963-10-21
- Gallagher, R. A., Porter, S., Monuteaux, M. C., & Stack, A. M. (2013). Unscheduled return visits to the emergency department: The impact of language. *Pediatric Emergency Care*, 29(5), 579-583. doi:10.1097/PEC.0b013e31828e62f4; 10.1097/PEC.0b013e31828e62f4
- Gandhi, T. K., Burstin, H. R., Cook, E. F., Puopolo, A. L., Haas, J. S., Brennan, T. A., & Bates, D. W. (2000). Drug complications in outpatients. *Journal of General Internal Medicine*, 15(3), 149-154.
- Garra, G., Albino, H., Chapman, H., Singer, A. J., & Thode, H. C., Jr. (2010). The impact of communication barriers on diagnostic confidence and ancillary testing in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 38(5), 681-685. doi:10.1016/j.jemermed.2009.01.004
- Gayet-Ageron, A., Agoritsas, T., Schiesari, L., Kolly, V., & Perneger, T. V. (2011). Barriers to participation in a patient satisfaction survey: Who are we missing? *PloS One*, 6(10), e26852. doi:10.1371/journal.pone.0026852
- Gentleman, J. & Lee, J. (1997). Who doesn't get a mammogram? *Health Reports*, 9.
- Goodacre, S., Campbell, M., & Carter, A. (2015). What do hospital mortality rates tell us about quality of care? *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 32(3), 244-247. doi:10.1136/emmermed-2013-203022; 10.1136/emmermed-2013-203022
- Goral, I M. (2004). First-language decline in healthy aging: implications for attrition in bilingualism. *Journal of Neurolinguistics* 1; 31-52
- Granek, L., Krzyzanowska, M. K., Tozer, R., & Mazzotta, P. (2013). Oncologists' strategies and barriers to effective communication about the end of life. *Journal of Oncology Practice / American Society of Clinical Oncology*, 9(4), e129-35. doi:10.1200/JOP.2012.000800; 10.1200/JOP.2012.000800
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26, 91-108.
- Gray, B., Stanley, J., Stubbe, M., & Hilder, J. (2011). Communication difficulties with limited english proficiency patients: Clinician perceptions of clinical risk and patterns of use of interpreters. *New Zealand Medical Journal*, 124(1342), 23-38. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-80052740225&partnerID=40&md5=fe8bad2a1f186635b2a5e4dd2300d7b2>
- Grubbs, V., Bibbins-Domingo, K., Fernandez, A., Chattopadhyay, A., & Bindman, A. B. (2008). Acute myocardial infarction length of stay and hospital mortality are not associated with language preference. *Journal of General Internal Medicine*, 23(2), 190-194. doi:10.1007/s11606-007-0459-y

- Guirgis, M., Nusair, F., Bu, Y. M., Yan, K., & Zekry, A. T. (2012). Barriers faced by migrants in accessing healthcare for viral hepatitis infection. *Internal Medicine Journal*, 42(5), 491-496. doi:10.1111/j.1445-5994.2011.02647.x; 10.1111/j.1445-5994.2011.02647.x
- Gulati, S., Watt, L., Shaw, N., Sung, L., Poureslami, I. M., Klaassen, R., . . . Klassen, A. F. (2012). Communication and language challenges experienced by Chinese and south asian immigrant parents of children with cancer in canada: Implications for health services delivery. *Pediatric Blood & Cancer*, 58(4), 572-578. doi:10.1002/pbc.23054; 10.1002/pbc.23054
- Hacker, K., Choi, Y. S., Trebino, L., Hicks, L., Friedman, E., Blanchfield, B., & Gazelle, G. S. (2012). Exploring the impact of language services on utilization and clinical outcomes for diabetics. *Plos One*, 7(6)
- Hampers, L. C., Cha, S., Gutglass, D. J., Binns, H. J., & Krug, S. E. (1999). Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department. *Pediatrics*, 103(6 Pt 1), 1253-1256.
- Hampers, L. C., & McNulty, J. E. (2002). Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department: Effect on resource utilization. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(11), 1108-1113.
- Henderson, S. O., Magana, R. N., Korn, C. S., Genna, T., & Bretsky, P. M. (2002). Delayed presentation for care during acute myocardial infarction in a hispanic population of los angeles county. *Ethnicity & Disease*, 12(1), 38-44.
- Hines, A. L., Andrews, R. M., Moy, E., Barrett, M. L., & Coffey, R. M. (2014). Disparities in rates of inpatient mortality and adverse events: Race/ethnicity and language as independent contributors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(12), 13017-13034. doi:10.3390/ijerph111213017
- Hislop, T. G., Clarke, H. F., Deschamps, M., Joseph, R., Band, P. R., Smith, J., Le, N., & Atleo, R. (1996). Cervical cytology screening. How can we improve rates among First Nations women in urban British Columbia? *Can.Fam.Physician*, 42, 1701-1708.
- Holdgate, A., Shepherd, S. A., & Huckson, S. (2010). Patterns of analgesia for fractured neck of femur in australian emergency departments. *Emergency Medicine Australasia : EMA*, 22(1), 3-8. doi:10.1111/j.1742-6723.2009.01246.x; 10.1111/j.1742-6723.2009.01246.x
- Hu, D. J. & Covell, R. M. (1986). Health care usage by Hispanic outpatients as function of primary language. *West J Med*, 144, 490-493.
- Hunt, L. M., & de Voogd, K. B. (2007). Are good intentions good enough? informed consent without trained interpreters. *Journal of General Internal Medicine*, 22(5), 598-605. doi:10.1007/s11606-007-0136-1
- Inkelas, M., Garro, N., McQuaid, E. L., & Ortega, A. N. (2008). Race/ethnicity, language, and asthma care: Findings from a 4-state survey. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology : Official Publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*, 100(2), 120-127. doi:10.1016/S1081-1206(10)60420-6
- Jackson, C. (1998). Medical interpretation: an essential service for non-English speaking immigrants. In S. Loue (Ed.), *Handbook of Immigrant Health* (pp. 61-79). New York: Plenum.
- Jackson, J. C., Nguyen, D., Hu, N., Harris, R., & Terasaki, G. S. (2011). Alterations in medical interpretation during routine primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 26(3), 259-264.

- Jacobs, E., Chen, A. H., Karliner, L. S., Agger-Gupta, N., & Mutha, S. (2006). The need for more research on language barriers in health care: A proposed research agenda. *The Milbank Quarterly*, 84(1), 111-133. doi:10.1111/j.1468-0009.2006.00440.x
- Jacobs, E. A., Karavolos, K., Rathouz, P. J., Ferris, T. G., & Powell, L. H. (2005). Limited english proficiency and breast and cervical cancer screening in a multiethnic population. *American Journal of Public Health*, 95(8), 1410-1416. doi:10.2105/AJPH.2004.041418
- Javanparast, S., Ward, P. R., Carter, S. M., & Wilson, C. J. (2012). Barriers to and facilitators of colorectal cancer screening in different population subgroups in adelaide, south australia. *The Medical Journal of Australia*, 196(8), 521-523.
- Jenkins, C. N., Le, T., McPhee, S. J., Stewart, S., & Ha, N. T. (1996). Health care access and preventive care among vietnamese immigrants: Do traditional beliefs and practices pose barriers? *Social Science & Medicine* (1982), 43(7), 1049-1056.
- Jerant, A. F., Fenton, J. J., & Franks, P. (2008). Determinants of racial/ethnic colorectal cancer screening disparities. *Archives of Internal Medicine*, 168(12), 1317-1324. doi:10.1001/archinte.168.12.1317; 10.1001/archinte.168.12.1317
- Ji, C. S., Chen, M. Y., Sun, J., & Liang, W. (2010). Cultural views, english proficiency and regular cervical cancer screening among older chinese american women. *Women's Health Issues : Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 20(4), 272-278. doi:10.1016/j.whi.2010.03.010
- Jimenez, N., Jackson, D. L., Zhou, C., Ayala, N. C., & Ebel, B. E. (2014). Postoperative pain management in children, parental english proficiency, and access to interpretation. *Hospital Pediatrics*, 4(1), 23-30. doi:10.1542/hpeds.2013-0031; 10.1542/hpeds.2013-0031
- The Joint Commission (2012). Sentinel event data: Root causes by type. Retrieved May 3, 2012, from www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/.
- John-Baptiste, A., Naglie, G., Tomlinson, G., Alibhai, S. M., Etchells, E., Cheung, A., . . . Kahn, M. (2004). The effect of english language proficiency on length of stay and in-hospital mortality. *Journal of General Internal Medicine*, 19(3), 221-228.
- Johnson-Kozlow, M., Roussos, S., Rovniak, L., & Hovell, M. (2009). Colorectal cancer test use among californians of mexican origin: Influence of language barriers. *Ethnicity & Disease*, 19(3), 315-322.
- Johnstone, M. J., & Kanitsaki, O. (2006). Culture, language, and patient safety: Making the link. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 18(5), 383-388. doi:10.1093/intqhc/mzl039
- Kang, S. Y., Howard, D., Kim, J., Payne, J. S., Wilton, L., Kim, W., & Maramba, D. (2010). English language proficiency and lifetime mental health service utilization in a national representative sample of asian americans in the USA. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 32(3), 431-439. doi:10.1093/pubmed/fdq010
- Kaplan, S. H., Greenfield, S., & Ware, J. E., Jr. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27(3 Suppl), S110-27.
- Karliner, L. S., Auerbach, A., Nájipoles, A., Schillinger, D., Nickleach, D., & Párez-Stable, E. J. (2012). Language barriers and understanding of hospital discharge instructions. *Medical Care*, 50(4), 283-289. doi:10.1097/MLR.0b013e318249c949
- Karliner, L. S., Hwang, E. S., Nickleach, D., & Kaplan, C. P. (2011). Language barriers and patient-centered breast cancer care. *Patient Education and Counseling*, 84(2), 223-228. doi:10.1016/j.pec.2010.07.009; 10.1016/j.pec.2010.07.009

- Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H., & Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited english proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research, 42*(2), 727-754. doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x
- Karliner, L. S., Kim, S. E., Meltzer, D. O., & Auerbach, A. D. (2010). Influence of language barriers on outcomes of hospital care for general medicine inpatients. *Journal of Hospital Medicine : An Official Publication of the Society of Hospital Medicine, 5*(5), 276-282. doi:10.1002/jhm.658
- Karliner, L. S., Ma, L., Hofmann, M., & Kerlikowske, K. (2012). Language barriers, location of care, and delays in follow-up of abnormal mammograms. *Medical Care, 50*(2), 171-178. doi:10.1097/MLR.0b013e31822dcf2d; 10.1097/MLR.0b013e31822dcf2d
- Karter, A. J., Ferrara, A., Darbinian, J. A., Ackerson, L. M., & Selby, J. V. (2000). Self-monitoring of blood glucose: Language and financial barriers in a managed care population with diabetes. *Diabetes Care, 23*(4), 477-483.
- Kenik, J., Jean-Jacques, M., & Feinglass, J. (2014). Explaining racial and ethnic disparities in cholesterol screening. *Preventive Medicine, 65*, 65-69. doi:10.1016/j.ypmed.2014.04.026; 10.1016/j.ypmed.2014.04.026
- Kiejzer M. (2011). Language reversion versus general cognitive decline: towards a new taxonomy of language change in elderly bilingual immigrants. In: Schmid MS, Lowie L. (eds) *Modeling Bilingualism. From Structure to Chaos*. Amsterdam, John Benjamins. 221-234.
- Kim, G., Aguado Loi, C. X., Chiriboga, D. A., Jang, Y., Parmelee, P., & Allen, R. S. (2011). Limited english proficiency as a barrier to mental health service use: A study of latino and asian immigrants with psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Research, 45*(1), 104-110. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.04.031
- Koehn, S. (2009). Negotiating candidacy: Ethnic minority seniors' access to care. *Ageing and Society, 29*(4), 585-608. doi:10.1017/S0144686X08007952
- Krauss, J., & Maclean, R. (2002). Inpatient mortality: A reflection of quality care? *Outcomes Management, 6*(4), 169-173.
- Kristoffersen, D. T., Helgeland, J., Clench-Aas, J., Laake, P., & Veierod, M. B. (2012). Comparing hospital mortality--how to count does matter for patients hospitalized for acute myocardial infarction (AMI), stroke and hip fracture. *BMC Health Services Research, 12*, 364-6963-12-364. doi:10.1186/1472-6963-12-364; 10.1186/1472-6963-12-364
- Krueger, K. P., Berger, B. A., & Felkey, B. (2005). Medication adherence and persistence: A comprehensive review. *Advances in Therapy, 22*(4), 313-356. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-29344456174&partnerID=40&md5=8dfeb72df4822648759c5d564f468896>
- Lakhanpaul, M., Bird, D., Manikam, L., Culley, L., Perkins, G., Hudson, N., . . . Johnson, M. (2014). A systematic review of explanatory factors of barriers and facilitators to improving asthma management in south asian children. *BMC Public Health, 14*, 403-2458-14-403. doi:10.1186/1471-2458-14-403; 10.1186/1471-2458-14-403
- Lasater, L. M., Davidson, A. J., Steiner, J. F., & Mehler, P. S. (2001). Glycemic control in english- vs spanish-speaking hispanic patients with type 2 diabetes mellitus. *Archives of Internal Medicine, 161*(1), 77-82.
- Laws, M. B., Heckscher, R., Mayo, S. J., Li, W., & Wilson, I. B. (2004). A new method for evaluating the quality of medical interpretation. *Medical Care, 42*(1), 71-80. doi:10.1097/01.mlr.0000102366.85182.47

- Lebrun, L. A. (2012). Effects of length of stay and language proficiency on health care experiences among immigrants in Canada and the United States. *Social Science and Medicine*, 74(7), 1062-1072. doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.031
- LeSon, S., & Gershwin, M. E. (1996). Risk factors for asthmatic patients requiring intubation. III. observations in young adults. *The Journal of Asthma : Official Journal of the Association for the Care of Asthma*, 33(1), 27-35.
- Levas, M. N., Cowden, J. D., & Dowd, M. D. (2011). Effects of the limited English proficiency of parents on hospital length of stay and home health care referral for their home health care - eligible children with infections. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165(9), 831-836.
- Levas, M. N., Dayan, P. S., Mittal, M. K., Stevenson, M. D., Bachur, R. G., Dudley, N. C., . . . Kharbada, A. B. (2014). Effect of Hispanic ethnicity and language barriers on appendiceal perforation rates and imaging in children. *Journal of Pediatrics*, 164(6), 1286-1291.e2. doi:10.1016/j.jpeds.2014.01.006
- Lindholm, M., Hargraves, J. L., Ferguson, W. J., & Reed, G. (2012). Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1294-1299.
- Lion, K. C., Rafton, S. A., Shafii, J., Brownstein, D., Michel, E., Tolman, M., & Ebel, B. E. (2013). Association between language, serious adverse events, and length of stay among hospitalized children. *Hospital Pediatrics*, 3(3), 219-225.
- Litovitz, T., Benson, B. E., Youniss, J., & Metz, E. (2010). Determinants of U.S. poison center utilization. *Clinical Toxicology (Philadelphia, Pa.)*, 48(5), 449-457. doi:10.3109/15563651003757947; 10.3109/15563651003757947
- Lofters, A., Glazier, R. H., Agha, M. M., Creatore, M. I., & Moineddin, R. (2007). Inadequacy of cervical cancer screening among urban recent immigrants: A population-based study of physician and laboratory claims in Toronto, Canada. *Preventive Medicine*, 44(6), 536-542. doi:10.1016/j.ypmed.2007.02.019
- Lopez, M. E., Kaplan, C. P., Napoles, A. M., Hwang, E. S., Livaudais, J. C., & Karliner, L. S. (2014). Satisfaction with treatment decision-making and treatment regret among Latinas and non-Latina whites with DCIS. *Patient Education and Counseling*, 94(1), 83-89. doi:10.1016/j.pec.2013.09.005; 10.1016/j.pec.2013.09.005
- Lopez-Quintero, C., Berry, E. M., & Neumark, Y. (2010). Limited English proficiency is a barrier to receipt of advice about physical activity and diet among Hispanics with chronic diseases in the United States. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(5 SUPPL.), S62-S67. doi:10.1016/j.jada.2010.03.009
- Lussier, M. T., & Richard, C. (2005). Doctor-patient communication: Complaints and legal actions. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 51, 37-39.
- Marcos, L. R. (1979). Effects of interpreters on the evaluation of psychopathology in non-English-speaking patients. *The American Journal of Psychiatry*, 136(2), 171-174.
- Mahmoud, I., Hou, X. Y., Chu, K., Clark, M., & Eley, R. (2014). Satisfaction with emergency department service among non-English-speaking background patients. *Emergency Medicine Australasia : EMA*, 26(3), 256-261. doi:10.1111/1742-6723.12214; 10.1111/1742-6723.12214
- Martens, P; Bond, R., Jebamani, L., Burchill, C., Roos, N.et al. (2002). The Health and Health Care Use of Registered First Nations People Living in Manitoba: A Population-Based Study. *Manitoba Centre for Health Policy*.

- Martijn, L., Jacobs, A., Amelink-Verburg, M., Wentzel, R., Buitendijk, S., & Wensing, M. (2013). Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in the netherlands: A case series analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 219-2393-13-219. doi:10.1186/1471-2393-13-219; 10.1186/1471-2393-13-219
- Martin, B. C., Shi, L., & Ward, R. D. (2009). Race, gender, and language concordance in the primary care setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(4), 340-352.
- Masland, M. C., Kang, S. H., & Ma, Y. (2011). Association between limited english proficiency and understanding prescription labels among five ethnic groups in california. *Ethnicity & Health*, 16(2), 125-144. doi:10.1080/13557858.2010.543950
- Matuk, L. C. (1996). Pap smear screening practices in newcomer women. *Womens Health Issues*, 6, 82-88.
- Maxwell, C. J., Bancej, C. M., & Snider, J. (2001). Predictors of mammography use among Canadian women aged 50-69: findings from the 1996/97 National Population Health Survey. *CMAJ*, 164, 329-334.
- McDonald, J. T., & Kennedy, S. (2007). Cervical cancer screening by immigrant and minority women in canada. *Journal of Immigrant and Minority Health / Center for Minority Public Health*, 9(4), 323-334. doi:10.1007/s10903-007-9046-x
- McKee, M. M., Barnett, S. L., Block, R. C., & Pearson, T. A. (2011). Impact of communication on preventive services among deaf american sign language users. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(1), 75-79. doi:10.1016/j.amepre.2011.03.004
- Meischke, H. W., Calhoun, R. E., Yip, M. P., Tu, S. P., & Painter, I. S. (2013). The effect of language barriers on dispatching EMS response. *Prehospital Emergency Care : Official Journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*, 17(4), 475-480. doi:10.3109/10903127.2013.811565; 10.3109/10903127.2013.811565
- Mendu, M. L., Zager, S., Moromizato, T., McKane, C. K., Gibbons, F. K., & Christopher, K. B. (2013). The association between primary language spoken and all-cause mortality in critically ill patients. *Journal of Critical Care*, 28(6), 928-934. doi:10.1016/j.jcrc.2013.07.057
- Molina, Y., Hohl, S. D., Ko, L. K., Rodriguez, E. A., Thompson, B., & Beresford, S. A. (2014). Understanding the patient-provider communication needs and experiences of latina and non-latina white women following an abnormal mammogram. *Journal of Cancer Education : The Official Journal of the American Association for Cancer Education*, 29(4), 781-789. doi:10.1007/s13187-014-0654-6; 10.1007/s13187-014-0654-6
- Morales, L. S., Cunningham, W. E., Brown, J. A., Liu, H., & Hays, R. D. (1999). Are latinos less satisfied with communication by health care providers? *Journal of General Internal Medicine*, 14(7), 409-417.
- Morales, L. S., Elliott, M., Weech-Maldonado, R., & Hays, R. D. (2006). The impact of interpreters on parents' experiences with ambulatory care for their children. *Medical Care Research and Review : MCRR*, 63(1), 110-128.
- Moreno, G., & Morales, L. S. (2010). Hablamos juntos (together we speak): Interpreters, provider communication, and satisfaction with care. *Journal of General Internal Medicine*, 25(12), 1282-1288. doi:10.1007/s11606-010-1467-x; 10.1007/s11606-010-1467-x
- Mosnaim, G. S., Sadowski, L. S., Durazo-Arvizu, R. A., Sharp, L. K., Curtis, L. M., Shalowitz, M. U., . . . Weiss, K. B. (2007). Parental language and asthma among urban hispanic children.

- The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 120(5), 1160-1165.
doi:10.1016/j.jaci.2007.08.040
- Murtagh, L. (2011). Second language attrition: Theory, research and challenges. In: Schmid MS, Lowie L.(eds) Modeling Bilingualism. From Structure to Chaos. Amsterdam, John Benjamins.135-154.
- Needham, P. & Wolff, D. (1990). Amputee to get \$1.3 million in lawsuit over diagnosis. Vancouver Sun, March 27, 1990.
- Ngo-Metzger, Q., Sorkin, D. H., & Phillips, R. S. (2009). Healthcare experiences of limited english-proficient asian american patients: A cross-sectional mail survey. *The Patient*, 2(2), 113-120. doi:10.2165/01312067-200902020-00007; 10.2165/01312067-200902020-00007
- Ngo-Metzger, Q., Sorkin, D. H., Phillips, R. S., Greenfield, S., Massagli, M. P., Clarridge, B., & Kaplan, S. H. (2007). Providing high-quality care for limited english proficient patients: The importance of language concordance and interpreter use. *Journal of General Internal Medicine*, 22 Suppl 2, 324-330. doi:10.1007/s11606-007-0340-z
- Ngui, E. M., & Flores, G. (2006). Satisfaction with care and ease of using health care services among parents of children with special health care needs: The roles of race/ethnicity, insurance, language, and adequacy of family-centered care. *Pediatrics*, 117(4), 1184-1196. doi:10.1542/peds.2005-1088
- Ngwakongnwi, E., Hemmelgarn, B. R., Musto, R., Quan, H., & King-Shier, K. M. (2012). Experiences of french speaking immigrants and non-immigrants accessing health care services in a large canadian city. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(10), 3755-3768.
- Ohtani, A., Suzuki, T., Takeuchi, H., & Uchida, H. (2015). Language barriers and access to psychiatric care: A systematic review. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, , appips201400351. doi:10.1176/appi.ps.201400351
- Okraïnec, K., Booth, G. L., Hollands, S., & Bell, C. M. (2015). Impact of language barriers on complications and mortality among immigrants with diabetes: A population-based cohort study. *Diabetes Care*, 38(2), 189-196. doi:10.2337/dc14-0801; 10.2337/dc14-0801
- Ong, B. N., Yip, M. P., Feng, S., Calhoun, R., Meischke, H. W., & Tu, S. P. (2012). Barriers and facilitators to using 9-1-1 and emergency medical services in a limited english proficsubiency chinese community. *Journal of Immigrant and Minority Health / Center for Minority Public Health*, 14(2), 307-313. doi:10.1007/s10903-011-9449-6
- Oquendo, M. A. (1996). Psychiatric evaluation and psychotherapy in the patient's second language. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 47(6), 614-618.
- Pearson, W. S., Ahluwalia, I. B., Ford, E. S., & Mokdad, A. H. (2008). Language preference as a predictor of access to and use of healthcare services among hispanics in the united states. *Ethnicity & Disease*, 18(1), 93-97.
- Pearson, W. S., Zhao, G., & Ford, E. S. (2011). An analysis of language as a barrier to receiving influenza vaccinations among an elderly hispanic population in the united states. *Advances in Preventive Medicine*, 2011, 298787. doi:10.4061/2011/298787
- Pham, K., Thornton, J.D., Engelberg, R.A., Jackson, J.C., Curtis, J.R. (2008). Alterations during medical interpretation of ICU family conferences that interfere with or enhance communication. *Chest*. Jul;134(1):109-16. doi: 10.1378/chest.07-2852. Epub 2008 Mar 17. PubMed PMID: 18347204; PubMed Central PMCID: PMC2693085.

- Ramirez, D., Engel, K. G., & Tang, T. S. (2008). Language interpreter utilization in the emergency department setting: A clinical review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19(2), 352-362. doi:10.1353/hpu.0.0019
- Regalbuto, R., Maurer, M. S., Chapel, D., Mendez, J., & Shaffer, J. A. (2014). Joint commission requirements for discharge instructions in patients with heart failure: Is understanding important for preventing readmissions? *Journal of Cardiac Failure*, 20(9), 641-649. doi:10.1016/j.cardfail.2014.06.358; 10.1016/j.cardfail.2014.06.358
- Renzaho, A. (2007). Ischaemic heart disease and australian immigrants: The influence of ethnicity and language skills on treatment and use of health services. *The HIM Journal*, 36(2), 26-36.
- Riera, A., Navas-Nazario, A., Shabanova, V., & Vaca, F. E. (2014). The impact of limited english proficiency on asthma action plan use. *Journal of Asthma*, 51(2), 178-184. doi:10.3109/02770903.2013.858266
- Rivadeneira, R., Elderkin-Thompson, V., Silver, R. C., & Waitzkin, H. (2000). Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter. *The American Journal of Medicine*, 108(6), 470-474.
- Robert Wood Johnson Foundation. (2008). Language services' participation in root-cause analysis process. Available: . <http://www.rwjf.org/qualityequality/product.jsp?id=30172>.
- Rodriguez, F., Hong, C., Chang, Y., Oertel, L. B., Singer, D. E., Green, A. R., & LÃ³pez, L. (2013). Limited english proficient patients and time spent in therapeutic range in a warfarin anticoagulation clinic. *Journal of the American Heart Association*, 2(4) Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84899597800&partnerID=40&md5=d22cec917bd20c2e196c228387367774>
- Saha, S., & Fernandez, A. (2007). Language barriers in health care. *Journal of General Internal Medicine*, 22 Suppl 2, 281-282. doi:10.1007/s11606-007-0373-3
- Samuels-Kalow, M. E., Stack, A. M., & Porter, S. C. (2013). Parental language and dosing errors after discharge from the pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 29(9), 982-987. doi:10.1097/PEC.0b013e3182a269ec; 10.1097/PEC.0b013e3182a269ec
- Sarver, J., & Baker, D. W. (2000). Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit. *Journal of General Internal Medicine*, 15(4), 256-264.
- Schenker, Y., Wang, F., Selig, S. J., Ng, R., & Fernandez, A. (2007). The impact of language barriers on documentation of informed consent at a hospital with on-site interpreter services. *Journal of General Internal Medicine*, 22 Suppl 2, 294-299. doi:10.1007/s11606-007-0359-1
- Schwei, R. J., Del Pozo, S., Agger-Gupta, N., Alvarado-Little, W., Bagchi, A., Chen, A. H., . . . Jacobs, E. A. (2015). Changes in research on language barriers in health care since 2003: A cross-sectional review study. *International Journal of Nursing Studies*, doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.03.001; 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.001
- Schyve, P. M. (2007). Language differences as a barrier to quality and safety in health care: The joint commission perspective. *Journal of General Internal Medicine*, 22 Suppl 2, 360-361. doi:10.1007/s11606-007-0365-3
- Seid, M., Stevens, G. D., & Varni, J. W. (2003). Parents' perceptions of pediatric primary care quality: Effects of race/ethnicity, language, and access. *Health Services Research*, 38(4), 1009-1031.

- Sentell, T., Braun, K. L., Davis, J., & Davis, T. (2013). Colorectal cancer screening: Low health literacy and limited english proficiency among asians and whites in california. *Journal of Health Communication*, 18(SUPPL. 1), 242-255. doi:10.1080/10810730.2013.825669
- Sentell, T., Shumway, M., & Snowden, L. (2007). Access to mental health treatment by english language proficiency and race/ethnicity. *Journal of General Internal Medicine*, 22 Suppl 2, 289-293. doi:10.1007/s11606-007-0345-7
- Shah, B. R., Khan, N. A., O'Donnell, M. J., & Kapral, M. K. (2015). Impact of language barriers on stroke care and outcomes. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, 46(3), 813-818. doi:10.1161/STROKEAHA.114.007929; 10.1161/STROKEAHA.114.007929
- Shen, Q., Cordato, D. J., Chan, D. K., & Kokkinos, J. (2005). Comparison of stroke risk factors and outcomes in patients with english-speaking background versus non-english-speaking background. *Neuroepidemiology*, 24(1-2), 79-86. doi:10.1159/000081054
- Shi, L., Lebrun, L. A., & Tsai, J. (2009). The influence of english proficiency on access to care. *Ethnicity & Health*, 14(6), 625-642. doi:10.1080/13557850903248639
- Smedley, B., Stith, A., & Nelson, A. (2002). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Institute of Medicine. Washington: National Academy Press.
- Sorlie, V., & Lopez, R. A. (2011). When language, health literacy, and miscommunication collide: Tremors versus seizures. *Family Medicine*, 43(1), 48-50.
- Squires, A. (2014). Capturing the impact of language barriers on asthma management during an emergency department visit. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 21(6), 255-256. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84904665014&partnerID=40&md5=1358da17ad67df19d9cdc406069a61cd>
- Stevens, S.B. (1993). *Community based programs for a multicultural society: A guidebook for service providers*. Winnipeg: Planned Parenthood Manitoba.
- Stewart, M., Brown, J. B., Boon, H., Galajda, J., Meredith, L., & Sangster, M. (1999). Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prevention & Control : CPC = Prevention & Controle En Cancerologie : PCC*, 3(1), 25-30.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*, 49(9), 796-804.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal De l'Association Medicale Canadienne*, 152(9), 1423-1433.
- Subramaniam, M. R., Mahajan, P. V., Knazik, S. R., Giblin, P. T., Thomas, R., & Kannikeswaran, N. (2010). Awareness and utilization of emergency medical services by limited english proficient caregivers of pediatric patients. *Prehospital Emergency Care : Official Journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*, 14(4), 531-536. doi:10.3109/10903127.2010.497894
- Sudore, R. L., Landefeld, C. S., PÃ©rez-Stable, E. J., Bibbins-Domingo, K., Williams, B. A., & Schillinger, D. (2009). Unraveling the relationship between literacy, language proficiency, and patient-physician communication. *Patient Education and Counseling*, 75(3), 398-402. doi:10.1016/j.pec.2009.02.019
- Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117-125.

- Teutsch, C. (2003). Patient-doctor communication. *The Medical Clinics of North America*, 87(5), 1115-1145.
- Thomas, J. W., & Hofer, T. P. (1999). Accuracy of risk-adjusted mortality rate as a measure of hospital quality of care. *Medical Care*, 37(1), 83-92.
- Thornton, J. D., Pham, K., Engelberg, R. A., Jackson, J. C., & Curtis, J. R. (2009). Families with limited english proficiency receive less information and support in interpreted intensive care unit family conferences. *Critical Care Medicine*, 37(1), 89-95. doi:10.1097/CCM.0b013e3181926430
- Todd, K. H., Samaroo, N., & Hoffman, J. R. (1993). Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *Jama*, 269(12), 1537-1539.
- Traylor, A. H., Schmittiel, J. A., Uratsu, C. S., Mangione, C. M., & Subramanian, U. (2010). Adherence to cardiovascular disease medications: Does patient-provider race/ethnicity and language concordance matter? *Journal of General Internal Medicine*, 25(11), 1172-1177. doi:10.1007/s11606-010-1424-8; 10.1007/s11606-010-1424-8
- Tu, S.P., Jackson, S.L., Yasui, Y., Deschamps, M., Hislop, T.G., Taylor, V.M. (2005) Cancer preventive screening: a cross-border comparison of United States and Canadian Chinese women. *Prev Med.* Jul;41(1):36-46. PubMed PMID: 15916991; PubMed Central PMCID: PMC1704080.
- van Rosse, F., de Bruijne, M., Suurmond, J., Essink-Bot, M. L., & Wagner, C. (2015). Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012; 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012
- van Rosse, F., Essink-Bot, M. L., Stronks, K., de Bruijne, M., & Wagner, C. (2014). Ethnic minority patients not at increased risk of adverse events during hospitalisation in urban hospitals in the netherlands: Results of a prospective observational study. *BMJ Open*, 4(12), e005527-2014-005527. doi:10.1136/bmjopen-2014-005527; 10.1136/bmjopen-2014-005527
- Virgo, K. S., Lerro, C. C., Klabunde, C. N., Earle, C., & Ganz, P. A. (2013). Barriers to breast and colorectal cancer survivorship care: Perceptions of primary care physicians and medical oncologists in the united states. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 31(18), 2322-2336. doi:10.1200/JCO.2012.45.6954; 10.1200/JCO.2012.45.6954
- Walton, P. Medical system failed woman. Nanaimo Daily Free Press. June 1, 1996.
- Wang F, Stewart M, McDermott S, et al. Migration and diabetes in British Columbia and Quebec: prevalence and health service utilization. *Can J Public Health* 2012;103:59–64
- Wang, J., Moehring, J., Stuhr, S., & Krug, M. (2013). Barriers to colorectal cancer screening in hispanics in the united states: An integrative review. *Applied Nursing Research : ANR*, 26(4), 218-224. doi:10.1016/j.apnr.2013.08.005; 10.1016/j.apnr.2013.08.005
- Wasserman, M., Renfrew, M. R., Green, A. R., Lopez, L., Tan-McGrory, A., Brach, C., & Betancourt, J. R. (2014). Identifying and preventing medical errors in patients with limited english proficiency: Key findings and tools for the field. *Journal for Healthcare Quality : Official Publication of the National Association for Healthcare Quality*, 36(3), 5-16. doi:10.1111/jhq.12065
- Waxman, M. A., & Levitt, M. A. (2000). Are diagnostic testing and admission rates higher in non-english-speaking versus english-speaking patients in the emergency department? *Annals of Emergency Medicine*, 36(5), 456-461. doi:10.1067/mem.2000.108315

- Weech-Maldonado, R., Morales, L. S., Elliott, M., Spritzer, K., Marshall, G., & Hays, R. D. (2003). Race/ethnicity, language, and patients' assessments of care in medicaid managed care. *Health Services Research*, 38(3), 789-808.
- Weech-Maldonado, R., Morales, L. S., Spritzer, K., Elliott, M., & Hays, R. D. (2001). Racial and ethnic differences in parents' assessments of pediatric care in medicaid managed care. *Health Services Research*, 36(3), 575-594.
- Weinick, R. M., & Krauss, N. A. (2000). Racial/ethnic differences in children's access to care. *American Journal of Public Health*, 90(11), 1771-1774.
- Williams, S., Weinman, J., & Dale, J. (1998). Doctor-patient communication and patient satisfaction: A review. *Family Practice*, 15(5), 480-492.
- Wilson, E., Chen, A. H., Grumbach, K., Wang, F., & Fernandez, A. (2005). Effects of limited english proficiency and physician language on health care comprehension. *Journal of General Internal Medicine*, 20(9), 800-806. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0174.x
- Wisnivesky, J. P., Kattan, M., Evans, D., Leventhal, H., Musumeci-Szabo, T. J., McGinn, T., & Halm, E. A. (2009). Assessing the relationship between language proficiency and asthma morbidity among inner-city asthmatics. *Medical Care*, 47(2), 243-249. doi:10.1097/MLR.0b013e3181847606
- Wisnivesky, J. P., Krauskopf, K., Wolf, M. S., Wilson, E. A., Sofianou, A., Martynenko, M., . . . Federman, A. D. (2012). The association between language proficiency and outcomes of elderly patients with asthma. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology : Official Publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*, 109(3), 179-184. doi:10.1016/j.anai.2012.06.016; 10.1016/j.anai.2012.06.016
- Woloshin, S., Schwartz, L. M., Katz, S. J., & Welch, H. G. (1997). Is language a barrier to the use of preventive services? *J.Gen.Intern.Med.*, 12, 472-477.
- Wong, C. Y., Thomas, N. J., Clarke, M., Boros, C., Tuckerman, J., & Marshall, H. S. (2015). Maternal uptake of pertussis cocooning strategy and other pregnancy related recommended immunizations. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, , 0. doi:10.1080/21645515.2015.1019188
- Yi, J. K., Swartz, M. D., & Reyes-Gibby, C. C. (2011). English proficiency, symptoms, and quality of life in vietnamese-and chinese-american breast cancer survivors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(1), 83-92. doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.09.014
- Yip, M. -. (2012). A health literacy model for limited english speaking populations: Sources, context, process, and outcomes. *Contemporary Nurse*, 40(2), 160-168. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84855427523&partnerID=40&md5=0c1777aa9729dc46e3bbdd11de97678b>
- Yu, S. M., Nyman, R. M., Kogan, M. D., Huang, Z. J., & Schwalberg, R. H. (2004). Parent's language of interview and access to care for children with special health care needs. *Ambulatory Pediatrics : The Official Journal of the Ambulatory Pediatric Association*, 4(2), 181-187. doi:10.1367/A03-094R.1