

Frontières linguistiques et culturelles : le cas de l'accessibilité aux services de santé et de services sociaux pour la population anglophone de la région de Québec

Louis Hanrahan, Annabelle Cloutier et Richard Walling
Les partenaires communautaires Jeffery Hale

Au Québec, le droit des personnes d'expression anglaise de recevoir des services de santé et des services sociaux en langue anglaise est enchâssé dans *la Loi sur les services de santé et des services sociaux*.

Toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et dans la mesure où l'on prévoit un programme d'accès visé à l'article 348 (LRQ, c. S-4.2, a.15).

Ce droit est nuancé par la nécessité que le service soit inclus au préalable au programme (liste) régional de services accessibles ainsi que par la disponibilité du personnel bilingue requis. Malgré toutes ces dispositions, l'accessibilité à des soins de santé et à des services sociaux en langue anglaise demeure un enjeu important au Québec. Formellement, pour le gouvernement du Québec, « les personnes d'expression anglaise » sont celles « qui, dans leurs relations avec un établissement qui dispense les services de santé ou services sociaux, manifestent le désir de recevoir des services en langue anglaise ou se sentent plus à l'aise d'exprimer leurs besoins en cette langue » (MSSS, 1994 :9).

La santé en situation linguistique minoritaire

L'appartenance à un groupe social, linguistique ou ethnoculturel peut être associée à des écarts de santé notables (MSSS, 2010). Des études confirment également l'existence de certains risques pour l'état de santé des communautés minoritaires d'expression anglaise au Québec (Trempe et al., 2013; Bouchard, Gaboury, Chomienne, Gilbert et Dubois 2009, CHSSN, 2008, Pocock, 2006; Tràn, Beaucage et Reinharz, 2004). Le fait de vivre en situation linguistique minoritaire peut même être considéré comme faisant partie des déterminants de la santé au même titre que d'autres déterminants tels que l'âge, le sexe et le revenu (Trempe, Ouimet, Vissandjée et Hemlin, 2013). Ainsi, le rapport minoritaire/majoritaire au sein d'une population se traduit souvent par une inégalité sociale et d'accès aux ressources qui, traversée par d'autres déterminants sociaux de la santé (le statut socioéconomique, l'éducation, la littératie et l'immigration), contribue sans contredit aux inégalités de santé (Bouchard et al., 2009). De plus, l'isolement social, politique, culturel ou géographique des communautés minoritaires est un autre facteur influençant la santé et le bien-être qui contribue à la vulnérabilité des personnes d'expression anglaise de la région de Québec. Lorsqu'il est question de soins de santé ou de services sociaux, les personnes d'expression anglaise doivent donc souvent surmonter de nombreuses frontières linguistiques et culturelles entravant leur accès.

Frontières linguistiques et culturelles en santé

Les préoccupations concernant les frontières linguistiques et culturelles en santé, plus communément appelées barrières linguistiques et culturelles, ne sont pas récentes. Plusieurs études et recherches tant internationales que nationales ont démontré que les barrières linguistiques et culturelles en santé nuisent à la qualité, à l'efficacité et à l'efficacités des services dispensés et comportent des risques pour la sécurité des patients (Prata et Tremblay, 2012; Bowen, 2001). En effet, la barrière linguistique réduirait le recours aux services préventifs et le suivi adéquat des patients, particulièrement en ce qui a trait aux services basés sur la communication tels que la santé mentale, la réadaptation et les services sociaux (Bouchard et al., 2009, Bowen, 2001; Tràn, 2004). Cette situation contribuerait ensuite à accroître l'utilisation des services d'urgence et le recours à des tests additionnels (Wong, Black, Cuter, Brooke, Haggerty et Lévesque, 2014; Bowen, 2001). En fait, ces barrières alourdissent l'intervention au regard d'un client ayant un tableau clinique parfois déjà complexe (JHSB, 2010). Les barrières linguistiques sont classiquement décrites sous deux types : une barrière à l'accès initial et une autre associée aux difficultés de communication (Bowen, 2001).

Barrière initiale et accessibilité aux soins

La barrière initiale renvoie à la barrière d'accès que peut ressentir toute personne lors de son premier contact avec le système de santé. Cette barrière touche tout particulièrement la clientèle issue des communautés linguistiques minoritaires puisqu'en plus du contact initial avec le système, également souvent difficile pour la clientèle dite universelle, elle se heurte à des difficultés supplémentaires telles que l'incompréhension linguistique et le manque de connaissances quant au fonctionnement du système de santé, des suivis et des prises de rendez-vous. Cette clientèle navigue difficilement dans un système où les couloirs de communication font souvent preuve de peu de flexibilité ou d'adaptabilité. Cette barrière a indubitablement un effet sur l'accès aux services de santé, faisant en sorte que certaines personnes d'expression anglaise éviteront de prendre contact avec le système, retardant ainsi des soins qui sont pourtant requis (Wong et al., 2014).

Barrière de communication

La communication joue un rôle important sur le plan clinique, car elle est un élément essentiel à la prestation de soins de santé de qualité et sécuritaire. Les impacts des difficultés de communication sont significatifs et ont un impact majeur sur la santé des individus vivant en contexte minoritaire (Pocock, 2006; Tràn et al., 2004). Pouvoir s'exprimer dans sa langue d'usage permet à l'individu de formuler une demande d'aide claire à des professionnels de la santé. Cette demande permet ensuite aux professionnels de poser un diagnostic adéquat et d'orienter la personne vers les services requis afin que celle-ci puisse recevoir le traitement approprié tout en ayant obtenu son consentement éclairé (Kaplan, 1994 ; Woloshin, 1995; Tràn et al., 2004; Tremblay et Prata, 2012). De plus, dans le cadre d'une relation d'aide de nature psychosociale, tel qu'une demande de suivi en santé mentale, l'utilisateur fera souvent face à plusieurs limitations dans l'expression de sa situation, particulièrement lorsqu'il s'agit

d'exprimer ses émotions (Biever, 2002). L'efficacité de la communication peut donc être vue comme un déterminant-clé d'une réponse adéquate aux problèmes psychosociaux et de santé des individus.

Ces difficultés, de concert avec d'autres facteurs comme ceux d'ordre socio-culturels, amènent également chez la personne d'expression anglaise une certaine méconnaissance des services disponibles pouvant provoquer une autre entrave à l'accès aux services. En effet, les barrières de communication entraînent également une durée plus longue de l'intervention avec le professionnel, une augmentation des consultations sans rendez-vous, la non-observance de la personne au plan de traitement et le risque d'effets secondaires indésirables associés aux médicaments (Tremblay et Prata, 2012). Ces barrières de communication nuisent également à la relation thérapeutique en devenir, relation qui repose sur une utilisation efficace de la langue parlée et comprise par l'utilisateur. De tous ces effets d'une communication déficiente résultent des incompréhensions et une diminution des enseignements relatifs à la santé par les professionnels, incluant ceux prévus dans les services dits de prévention et de promotion de la santé. Ainsi, l'inefficacité clinique découlant d'une communication déficiente occasionne une insatisfaction tant de la part du soigné que du soignant. Les difficultés de communication touchent le client, le professionnel et le réseau en soi au regard de la gestion du risque et de la qualité des services (Tremblay et Prata, 2012).

Autres barrières d'accès à la santé

Il existe également d'autres barrières qui entravent l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux pour les populations linguistiques minoritaires qui relèvent cette fois-ci de l'ordre du politique, des croyances et des perceptions et de la littératie en santé. Au Québec, la minorité anglophone a longtemps été perçue socialement et politiquement comme « privilégiée ». Ces perceptions tendent à disparaître avec la nouvelle génération, mais constituent encore une barrière à l'offre de services en langue anglaise dans certains milieux. Ces perceptions se retrouvent autant chez le client que chez le prestataire de services et s'ajoutent aux autres difficultés d'accès liées à la communication menant à un sentiment de double rejet. À cet égard, les perceptions peuvent également avoir un effet sur les services rendus en ce sens que les deux peuvent, notamment, minimiser l'importance de recevoir un service dans sa langue ainsi que les inconvénients et les risques qui y sont associés. La difficulté et l'inconfort d'exiger des services en anglais peuvent provoquer un certain malaise pour la personne, qu'elle soit prestataire de service ou usager, et ce, surtout lorsque l'utilisateur se retrouve en situation de vulnérabilité. En effet, certaines personnes auront une réticence à demander leur service dans leur langue de peur de devoir subir des délais d'attente plus longs, craignant de devenir un fardeau pour le personnel soignant ou encore, tout simplement, de peur de recevoir une réponse négative à leur demande (CROP, 2010). Il est donc important, pour les professionnels et le personnel soignant, de faire un effort pour personnaliser les soins en adoptant une approche attentionnée et proactive lorsqu'ils se trouvent en relation avec des membres d'une minorité linguistique. Finalement, ajoutons qu'il existe également d'autres obstacles liés aux croyances relatives à certaines maladies, dont la maladie mentale ou les

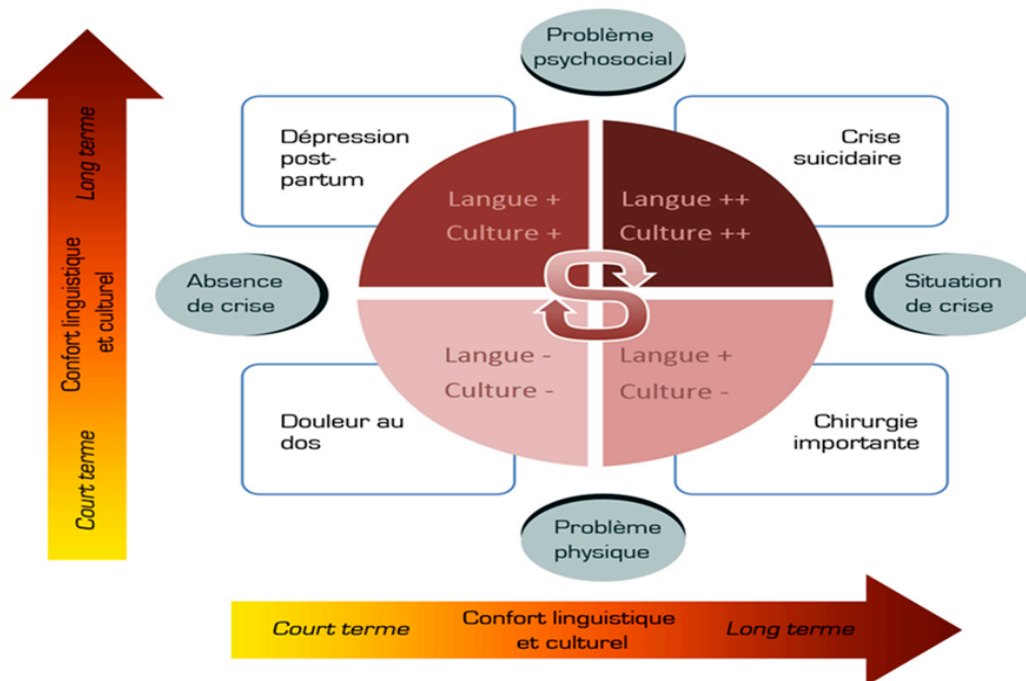
problèmes affectifs qui s'ajoutent aux éléments pouvant imposer une barrière à l'accès aux services.

Enfin, dans le système de santé moderne, la communication écrite prend de plus en plus de place. Des instructions écrites sont régulièrement remises à l'utilisateur, pour lui expliquer comment se préparer à un examen, par exemple. On réfère également le client à Internet pour de l'information complémentaire. Certes, l'information peut être disponible, mais l'utilisateur est-il en mesure de comprendre ce qui lui a été partagé? L'Agence de la Santé publique du Canada définit la littératie en santé comme étant la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de sa vie¹. La littératie en santé représente donc un enjeu important pour les personnes de langue minoritaire, surtout si la documentation n'est disponible qu'en langue majoritaire. De plus, si l'information est disponible en langue anglaise, il n'en demeure pas moins que la compréhension des informations par l'utilisateur ainsi que les réponses à ses questions par un professionnel de la santé ne sont pas garanties (Trempe et al., 2013).

Comment composer avec les barrières linguistiques?

L'adaptation linguistique et culturelle des services de santé et des services sociaux fait appel aux valeurs d'équité, d'universalité, de sécurité et d'éthique clinique de notre système de santé (Tremblay et Prata, 2012). Le besoin d'une réponse compétente dans sa langue varie selon plusieurs facteurs, dont la situation dans laquelle se trouve la personne, de même qu'en fonction de la nature de son besoin (de santé ou psychosocial). Développé au fil des ans, par nos expériences terrain avec une clientèle minoritaire, les enjeux d'une réponse aux barrières linguistiques sont illustrés par le schéma suivant :

¹ Agence de la santé publique du Canada. En ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/hl-ls/index-fra.php>



Axe 1 (de bas en haut) — Le besoin clinique est davantage physique vers le bas et psychosocial vers le haut.

Axe 2 (de gauche à droite) – Le besoin clinique est accompagné d'un état de crise variant de nul à sévère.

Axes externes (du jaune vers le rouge) – Quel que soit le besoin clinique, une intervention qui se réalise sur du long terme aurait avantage, à qualité égale, à intégrer les dimensions de confort culturel et linguistique.

Nous remarquons donc que plus des composantes psychosociales sont présentes, particulièrement en situation de crise, plus elles mettent en évidence la nécessité pour la personne d'expression anglaise de recevoir le service dans sa langue. Ainsi, plus la situation sera complexe et chargée de facteurs de vulnérabilité, plus le niveau de compétence linguistique sera nécessaire à l'intervention, car les nuances et les composantes culturelles de la communication devront être comprises de part et d'autre. Enfin, le besoin de se retrouver dans un milieu plus favorable au confort linguistique, mais aussi culturel augmentera avec la durée du séjour en établissement. C'est pourquoi des milieux d'hébergement pour personnes âgées, par exemple, devraient offrir un milieu de vie adapté aux besoins linguistiques et culturels de leurs clientèles.

Les stratégies pour composer avec ces barrières ne sont pas toutes efficaces au même niveau ni de la même façon. Tout d'abord, le recours aux membres du personnel ou encore à des proches non formés pour agir comme interprètes, de façon systématique ou ponctuelle, comporte notamment plusieurs risques (Tremblay et Prata, 2012; Trempe et al., 2013; Battaglini, Gravel, Boucheron et Fournier, 2000; Battaglini, 2005) tels que : le manque de confidentialité, la distorsion ou la censure de certaines informations découlant de la pudeur ou du manque de compréhension des concepts de santé et des termes médicaux et l'ajout ou la suppression d'information par la personne agissant comme interprète (Trempe et al., 2013). Ces problèmes sont exacerbés si l'interprète est un membre de la famille, un ami ou un membre de la communauté. C'est pour cette raison que le recours aux services d'interprète sur une base

régulière doit être bien encadré et de la formation continue doit être assurée. Malgré que ce soit le scénario idéal, nous comprenons que les circonstances ne permettront pas toujours aux organisations de fournir les services en langues minoritaires de façon systématique par le biais d'un professionnel approprié ayant une maîtrise suffisante de la langue minoritaire. Divers moyens doivent donc être mis à place tant de la part des organisations que des professionnels de la santé pour tenter de composer avec ces barrières linguistiques.

L'accès linguistique passe par l'adaptation organisationnelle

Les caractéristiques linguistiques spécifiques de la personne peuvent réduire l'efficacité des services offerts en réponse aux besoins de santé et/ou psychosociaux. Notre expérience nous porte à croire que, pour être efficace, l'accès linguistique doit être ancré dans des structures et des modalités organisationnelles qui dépassent le cas par cas, c'est que nous appelons une offre active. L'offre active est une approche globale de la planification et de la prestation des services. Cette approche est proactive, fait appel à la mobilisation de la communauté, tient compte de la diversité culturelle et vise à assurer la qualité et l'équité des services (CNFS, 2012). Ainsi, un établissement de santé ou un intervenant qui fait un effort clair pour indiquer qu'il peut accueillir une demande de service en langue anglaise de la part d'un usager, envoie une indication claire et idéalement spontanée que celui-ci recevra des services de qualité comparable à ceux que reçoit toute autre personne (CNFS, 2012). Cette indication aide à établir le lien de confiance et fait tomber les craintes et réticences à demander des services dans la langue minoritaire. Également, pour être en mesure d'offrir les services prioritaires en langue minoritaire, les organisations doivent minimalement prévoir la disponibilité de personnel bilingue. Idéalement, on aura également prévu offrir les services dans un milieu qui est également culturellement adapté avec lequel la clientèle minoritaire pourra s'identifier et qui pourra ajuster l'offre de services adaptés aux besoins évolutifs de celle-ci (Tremblay et Prata, 2012).

Notre expérience nous a permis de constater qu'un établissement qui veut bien servir sa clientèle minoritaire doit innover pour mieux la soigner. L'innovation permet de répondre au désir d'adaptation des services permettant une meilleure accessibilité aux services de santé et aux services sociaux pour une communauté linguistique minoritaire. L'établissement de partenariats avec la communauté minoritaire et l'engagement de celle-ci dans la prestation de services lorsqu'approprié permet plus d'efficacité ainsi qu'une meilleure connaissance des besoins évolutifs de la communauté. Des liens de complémentarité et de collaboration avec les différents acteurs du réseau de services de santé et de la communauté, tant francophone qu'anglophone, sont également essentiels, car ils représentent une richesse pour un établissement voué à bien servir la minorité.

La région de Québec réunit, au grand bénéfice de sa communauté minoritaire anglophone, les conditions permettant d'adapter une offre de services particulière à celle-ci, soit, un nombre suffisant d'anglophones localisés sur un territoire relativement restreint qui peuvent compter sur des ressources financières philanthropiques historiques, une force bénévole importante et

engagée, des institutions toujours existantes et un leadership renouvelé. Ces éléments ont permis, depuis les 30 dernières années, l'émergence d'une communauté dynamique, structurée et pouvant parler d'une seule voix. Bien au fait de ses besoins et très impliquée dans la gouvernance du seul établissement qu'elle a fondé, la communauté a graduellement créé des alliances porteuses de changement tant avec le milieu minoritaire que majoritaire. Les structures de collaboration entre des institutions et des organisations existantes ont intérêt à être soutenues et développées sous le leadership d'un établissement mandaté pour assumer ce rôle, comme c'est le cas pour l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's à Québec. Ce mandat spécifique favorise le développement d'une sensibilité aux différentes réalités, entre autres par le biais de formations du personnel, ainsi qu'une compréhension mutuelle des besoins et des enjeux actuels. Cette alliance avec la communauté permet également une meilleure coordination et une meilleure continuité des services. Elle influera également sur la participation de la communauté aux programmes de prévention et de promotion de la santé.

Certains écrits, dont le *Holland Centre Experience* (Walling et al., 2001), expliquent bien l'approche préconisée. Pour créer des bassins suffisants de clientèle, la concentration de l'offre de services, lorsque le niveau d'expertise clinique requise le permet, est privilégiée. En confiant cette offre de services à un établissement qui est investi d'une mission historique de servir la communauté anglophone, soit le Jeffery Hale-Saint Brigid's, la région de la Capitale-Nationale a démontré la valeur ajoutée des partenariats entre le secteur public et le secteur communautaire. Des programmes conjoints, soutenus en partie par les ressources de la communauté, ont permis d'étendre l'offre de service en langue anglaise, la rendant ainsi plus accessible. Cette approche collaborative, adaptée et proactive pour rejoindre la population anglophone a donné d'excellents résultats. Nous avons vu augmenter le nombre d'anglophones recevant une réponse à leurs besoins de santé et de services sociaux qui auparavant n'auraient pas sollicité le réseau de la santé pour le soutien requis, notamment parmi les personnes âgées isolées ou les jeunes parents nouvellement arrivés dans la région. L'étude de Trân (2004) souligne d'ailleurs l'importance de tenir compte de l'évolution des besoins découlant des changements démographiques de la population, qui se caractérise par un ensemble de facteurs, comme une croissance du nombre de migrants dont les besoins en santé mentale doivent être considérés, car différents.

Finalement, le fait de concentrer l'offre de services au Jeffery Hale – Saint Brigid's a également favorisé l'embauche d'un grand éventail de personnel professionnel bilingue tel que des infirmières, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des médecins ainsi que du personnel de soutien permettant une réception et un accueil bilingue. De cette façon, l'établissement a pu assurer des services en anglais à coup sûr, et ce, dans plusieurs domaines. Par ailleurs, dans son rôle de liaison avec les autres établissements de la région de Québec, l'établissement et la communauté ont réussi à augmenter la sensibilité des intervenants envers les besoins, notamment linguistiques, de la population minoritaire. Cette approche a non seulement permis d'approfondir la connaissance des besoins de la communauté anglophone dans le réseau, mais a également servi de base pour le développement de nouveaux services et de projets spéciaux novateurs en réponse à ces mêmes besoins. De plus, des programmes de santé publique et de

prévention pour la population anglophone ont émergé dans le cadre du premier Plan d'action en santé publique pour une population minoritaire au Québec réalisé en 2010.

Conclusion

Une offre de service adéquate en langue minoritaire, lorsque possible, demeure un excellent investissement pour le système de santé de toute juridiction. C'est une question d'équité, car comme citoyen, tous ont droit à un service de qualité lorsqu'il y a un besoin. Les barrières linguistiques et culturelles existent, mais il est possible de s'adapter et, malgré tout, d'être en mesure de répondre au besoin de santé ou psychosocial d'une personne appartenant à une communauté linguistique minoritaire.

L'enjeu des compétences linguistiques et culturelles doit être traité non comme un privilège demandé à des professionnels ou à des organisations de santé, mais comme un élément fondamental d'accessibilité, de sécurité, d'équité et de qualité des soins (Prata, 2014). Si la population minoritaire participe activement à la gouvernance des organisations qui la desservent et si, lors de son accès aux soins, elle est servie par des personnes adoptant une approche centrée sur la personne avec qui elle peut partager sa langue, elle développera certainement un lien de confiance avec l'établissement; la personne se reconnaîtra dans l'institution et pourra même s'y impliquer bénévolement par la suite. Ainsi, la clé de l'enjeu de l'accessibilité à des soins de santé et des services sociaux en langue minoritaire réside dans la création de relations d'interdépendance des milieux publics et communautaires. Cette interdépendance permet la consolidation d'actions intersectorielles en faveur de la santé, favorise le développement d'une meilleure accessibilité à des soins et vise l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes, toutes communautés confondues.

Bibliographie

Agence de la santé publique du Canada. Littératie en santé. [En ligne]: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/hl-ls/index-fra.php> . (Page consultée en mai 2015).

Battaglini, Alex. 2005. L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : Estimé des ressources pour une intervention adéquate, Agence de la santé et des services sociaux, Montréal.

Battaglini, Alex, Sylvie Gravel, Laurence Boucheron, et Michel Fournier. 2000. Les mères immigrantes : pareilles pas pareilles ! Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique.

Biever, Joan L. 2002. The Role of Language in Training Psychologists to Work with Hispanic Clients. *Professional psychology: research and practice*, vol. 33, no 3, p.330-336.

Bouchard, Louise, Isabelle Gaboury, Marie-Hélène Chomienne, Anne Gilbert et Lise Dubois. 2009. La santé en situation linguistique minoritaire. Publié dans *Politiques de santé*, vol.4 No. 4, page 36 à 42.

Bowen, Sarah. 2001. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Santé Canada.

Consortium national de formation en santé (CNFS). 2012. Cadre de référence pour la formation à l'offre active en des services de santé en français.

Community Health and Social Services Network (CHSSN). 2008. Baseline Data Report 2007–2008: Quebec's Social and Health Survey Information, Compendium of tables including mother tongue information derived from 1998 Quebec Social and Health Survey.

CROP. 2010. CHSSN Community Vitality Survey. Final report presented to the Community Health and Social Services Network (CHSSN).

Forgues, Eric et Rodrigue Landry. 2014. L'accès aux services de santé en français et leur utilisation en contexte francophone minoritaire : Rapport final. ICRML – Institut Canadien de recherche sur les minorités linguistiques.

Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's. 2010. Offre de Services communautaires de langue anglaise Jeffery Hale, présenté à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Kaplan, Harold I., Benjamin J. Sadock et Jack A. Grebb. 1994. *Synopsis of Psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. 7th edition. Baltimore: Williams et Wilkins, 1257 p.

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). 1994. Cadre de référence pour le programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise. Québec.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS). 2010. Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion commune.

OQUENDO, M.A. 1996. Psychiatric Evaluation and Psychotherapy in the Patient's Second Language. *Psychiatric services*, no 47, p.614-618.

Pocock, Joanne. 2006. Social Networks in Quebec's English-speaking Communities:

Building Community Vitality through Social Capital Strategies-Based on data from the 2005 CROP/CHSSN Survey on Community Vitality. CHSSN.

Prata, Ghislaine. 2014. L'accessibilité linguistique aux services de santé pour les communautés minoritaires: l'expérience américaine et canadienne. Présentation faite aux membres de la Table de concertation Jeffery Hale le 16 avril 2014.

Prata, Ghislaine. 2015. Politique d'accès linguistique; guide de planification et de mise en œuvre. Jeffery Hale-Saint Brigid's.

Trân, Joliette, Clément Beaucage et Daniel Reinharz. 2004. Analyse organisationnelle de l'accessibilité des services de santé mentale pour la population anglophone dans la région de la Capitale nationale, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction régionale de santé publique.

Tremblay, Suzanne et Ghislaine Prata. 2012. Étude sur les services de santé linguistiquement et culturellement adaptés : portrait pancanadien. Société Santé et Mieux-être en français du New Brunswick (SSMEFNB).

Trempe, Normand, Anne-Marie Ouimet, Bilkis Vissandjée et Isabelle Hemlin. 2013. Adaptation linguistique des soins et des services de santé : enjeux et stratégies. INSPQ.

Walling Richard, Louis Hanrahan et Jennifer Johnson. 2001. The Holland Centre Experience: a Community Development Model for Minorities. Québec.

Wong, Sabrina, Charlyn Black, Fred Cutler, Rebecca Brooke, Jeannie Haggerty et Jean-Frédéric Lévesque. 2014. Patient-reported confidence in primary healthcare: are there disparities by ethnicity or language? *BMJ Open* 2014; 4:e003884 doi: 10.1136/bmjopen-2013-003884.

Woloshin Steven, Nina Bickell, Lisa Schwartz, Francesca Gany et Gilbert Welch. 1995. Language Barriers in Medicine in the United States. *JAMA*, no 273, p. 724-728.