

RAPPORT D'ETMI

L'INTERPRÉTARIAT EN TANT QUE MODE D'INTERVENTION EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

Mélodie Briand-Lamarche

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Christine Maltais

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Muriel Guériton

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

JUIN 2017

Cette ETMI a été réalisée sous la responsabilité de l'UETMISSS du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal en collaboration avec l'UETMISSS du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Rédaction

Mélodie Briand-Lamarche, agente de planification, de programmation et de recherche, UETMISSS, Direction adjointe de la recherche, secteurs social et communautaire, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Christine Maltais, agente de planification, de programmation et de recherche, UETMISSS, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Muriel Guériton, agente de planification, de programmation et de recherche, UETMISSS, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Collaborateurs

Paule Asselin, bibliothécaire, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Marie-Ève Boulanger, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction du programme de services intégrés de première ligne, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Marie Experton, assistante administrative, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Gabrielle Legendre, agente de mobilisation des connaissances, Direction adjointe de la recherche, secteurs social et communautaire, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Gabrielle Lemieux, agente de planification, de programmation et de recherche, UETMISSS, Direction adjointe de la recherche, secteurs social et communautaire, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, jusqu'en décembre 2015.

Line Marquis, bibliothécaire, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Martin Sasseville, agent de recherche, UETMISSS, Direction adjointe de la recherche, secteurs social et communautaire, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, jusqu'en mai 2016.

Alexis Théberge-Lamy, agent de planification, de programmation et de recherche, Direction du programme de services intégrés de première ligne, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Virginie Tuboeuf, technicienne en administration, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Comité de pilotage

Florente Démosthène, conseillère-cadre au partenariat et aux affaires interculturelles, Direction adjointe, Bureau du président-directeur général adjoint, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Isabelle Hemlin, conseillère, Direction adjointe, Bureau du président-directeur général adjoint, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Christiane Montpetit, chef d'administration de programme en recherche, ETMISSS et gestion des opérations, Direction adjointe de la recherche, secteurs social et communautaire, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Marie-Claude Roussin, chef de service - Bibliothèques, Centres de documentation, UETMISSS et Soutien aux activités d'enseignement universitaire, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Monica Ruiz-Casares, chercheure d'établissement, Centre de recherche Sherpa, Direction adjointe de la recherche, secteurs social et communautaire, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Spyridoula Xenocostas, Directrice adjointe de la recherche, secteurs social et communautaire, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Comité délibératif

Mélanie Couture, chercheure d'établissement, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale, responsable scientifique de l'UETMISSS, Direction adjointe de la recherche, secteurs social et communautaire, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Lesley Hill, Directrice du programme jeunesse, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Yvan Leanza, professeur titulaire, École de psychologie, Université de Laval, chercheur au Centre de recherche SHERPA, Direction adjointe de la recherche, secteurs social et communautaire, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Josiane Le Gall, chercheure d'établissement, Centre de recherche Sherpa, Direction adjointe de la recherche, secteurs social et communautaire, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Chantal Lavergne, chercheure d'établissement, Centre de recherche Jeunes en difficulté, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Geneviève Parent, chercheure d'établissement, Centre de recherche Jeunes en difficulté, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Conseil de validation scientifique

Marie-Pierre Bérubé, Coordinatrice à l'accès aux services aux communautés ethnoculturelles et secrétaire du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec).

Pierre Dagenais, professeur adjoint, Département de médecine, Service de rhumatologie, Université de Sherbrooke, Médecin-conseil à l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie-CHUS-Hôpital Hôtel-Dieu.

Ellen Rosenberg, professeure agrégée, Département de médecine familiale, Université McGill, chercheure au Centre de recherche SHERPA, Direction adjointe de la recherche, secteurs social et communautaire, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour le soutien financier accordé dans le cadre du programme de soutien aux initiatives en évaluation des technologies et des modes d'intervention (PSI-ETMI) qui a permis la réalisation de cette ETMI.

Nous remercions également l'ensemble des intervenants des CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, du Nord-de-l'Île-de-Montréal et de la Capitale-Nationale ainsi que les interprètes ayant participé aux consultations.

Il est à noter qu'afin de faciliter la lecture du document, le genre masculin a été retenu pour identifier le féminin et le masculin.

Déclaration d'intérêts

Les unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISS) impliquées n'ont aucun conflit d'intérêts dans la réalisation de ce projet d'ETMISS.

Documents de référence en soutien à la rédaction du devis d'évaluation

L'élaboration du présent devis a été guidée notamment par les normes de production de revues systématiques de l'INESSS et le document de référence de l'INESSS sur la consultation des parties prenantes.

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ABRÉVIATIONS	viii
SOMMAIRE EXÉCUTIF	1
INFOGRAPHIE	4
Comment surmonter une barrière linguistique en intervention ?.....	4
Comment soutenir les pratiques permettant de surmonter une barrière linguistique en intervention?.....	5
CONTEXTE	6
1.1. Question décisionnelle et questions d'évaluation	7
MÉTHODE	8
2.1. Collecte des données issues des écrits scientifiques	8
Revue de revues systématiques de la littérature	8
<i>Recherche documentaire</i>	8
<i>Sélection des revues</i>	9
<i>Évaluation de la qualité des revues</i>	10
<i>Extraction des informations</i>	10
<i>Synthèse des informations</i>	11
Revue de guides de pratique	11
<i>Recherche documentaire</i>	11
<i>Sélection des guides</i>	11
<i>Évaluation de la qualité des guides</i>	12
<i>Extraction et synthèse des informations</i>	12
2.2. Consultation auprès des parties prenantes	12
2.3. Élaboration des recommandations	16
RÉSULTATS	17
3.1. Résultats de la collecte des données issues des écrits scientifiques	17
Question 1 : Quels éléments doivent être pris en considération tant par l'intervenant que par l'interprète (formel ou informel) lors d'une intervention auprès de l'utilisateur en personne ou par téléphone, afin d'assurer l'efficacité, la qualité et la sécurité des interventions?	17
<i>Le rôle de l'interprète</i>	18
<i>Les préférences de l'utilisateur</i>	19

<i>Les enjeux liés à la transmission de l'information</i>	21
<i>L'accès et la logistique</i>	28
<i>Le respect de l'intégrité de l'utilisateur et de ses proches</i>	30
Question 2 : À quelles stratégies l'intervenant peut-il recourir en cas d'absence d'interprètes ou de refus de l'utilisateur d'utiliser un interprète (formel ou informel)?	32
<i>Utilisation et diffusion de documents écrits</i>	32
<i>Diffusion de matériel audiovisuel</i>	34
<i>Utilisation de matériel graphique</i>	35
<i>Utilisation d'ouvrages ou d'outils de références linguistiques</i>	36
<i>Utilisation d'un langage simple</i>	36
<i>Soutien par internet</i>	38
Question 3 : Quels éléments devraient définir la formation continue des intervenants qui travaillent en présence d'interprète?	39
<i>Contenu de formation : apprendre à travailler avec des interprètes</i>	39
<i>Contenu de formation : sensibilité culturelle</i>	42
<i>Modalités de formation</i>	43
Question 4 : Quels éléments devraient définir le processus d'accueil-orientation des interprètes au sein des établissements?	44
<i>Reconnaissance et soutien</i>	44
<i>Partage des informations pertinentes concernant l'intervention</i>	45
<i>Formation des interprètes à l'intervention dans le contexte du milieu de la santé et des services sociaux</i>	46
3.2. Résultats de la consultation auprès des parties prenantes	47
Question 1 : Quels éléments doivent être pris en considération tant par l'intervenant que par l'interprète (formel ou informel) lors d'une intervention auprès de l'utilisateur en personne ou par téléphone, afin d'assurer l'efficacité, la qualité et la sécurité des interventions?	48
<i>Le rôle de l'interprète</i>	48
<i>Les préférences de l'utilisateur</i>	49
<i>Les enjeux liés à la transmission de l'information</i>	49
<i>Accès et logistique</i>	51
<i>Respect de l'intégrité de l'utilisateur et de ses proches</i>	53
Question 2 : À quelles stratégies l'intervenant peut-il recourir en cas d'absence d'interprètes ou de refus de l'utilisateur d'utiliser un interprète (formel ou informel)?	53
Question 3 : Quels éléments devraient définir la formation continue des intervenants qui travaillent en présence d'interprète?	54
<i>Contenu de formation : apprendre à travailler avec des interprètes</i>	54
<i>Contenu de formation : sensibilité culturelle</i>	55
<i>Modalités de formation</i>	56

Question 4 : Quels éléments devraient définir le processus d'accueil-orientation des interprètes au sein des établissements?	56
<i>Reconnaissance et soutien</i>	56
<i>Partage des informations pertinentes concernant l'intervention</i>	56
<i>Formation des interprètes à l'intervention dans le contexte du milieu de la santé et des services sociaux</i>	57
SYNTHÈSE	58
4.1. Question 1 : Quels éléments doivent être pris en considération tant par l'intervenant que par l'interprète (formel ou informel) lors d'une intervention auprès de l'utilisateur en personne ou par téléphone, afin d'assurer l'efficacité, la qualité et la sécurité des interventions?.....	58
4.2. Question 2 : À quelles stratégies l'intervenant peut-il recourir en cas d'absence d'interprètes ou de refus de l'utilisateur d'utiliser un interprète (formel ou informel)?.....	59
4.3. Question 3 : Quels éléments devraient définir la formation continue des intervenants qui travaillent en présence d'interprète?	59
4.4. Question 4 : Quels éléments devraient définir le processus d'accueil-orientation des interprètes au sein des établissements?	60
FORCES ET LIMITES	61
RECOMMANDATIONS	63
RÉFÉRENCES	68
ANNEXES	79

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AGREE	[Outil] Appraisal of guidelines for research and evaluation
CASP	[Outil] Critical Appraisal Skills program
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CJM-IU	Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire
ÉTMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
ÉTMISSS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IU	Institut universitaire
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
PICOT	Population – Intervention – Comparateur – Outcomes (résultats) – Temporalité
UETMISSS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux
USDHHS	United States Department of Health and Human Services

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Le manque d'équité en matière d'accès aux soins de santé a des conséquences cliniques importantes : moins bonne santé, réduction de l'espérance de vie, hausse des taux de mortalité, plus gros fardeau lié à la maladie. La barrière linguistique peut compromettre l'accès aux soins de santé. Dans cette perspective, les services d'interprétariat présentent de nombreux bénéfices tels que, notamment, un consentement éclairé, une plus grande relation de confiance et une meilleure transmission des informations et explications pertinentes et, ce faisant, la diminution des risques d'erreurs. Cela dit, plusieurs établissements se disent peu outillés pour guider la pratique des intervenants et des interprètes lors de la mise en œuvre des interventions en interprétariat. Ce faisant, le CSSS de La Montagne, institut universitaire en regard des communautés ethnoculturelles, installation aujourd'hui intégrée au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, a demandé à son unité en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS) de se pencher sur la question, afin d'éclairer la prise de décision clinique et de gestion en matière d'interventions en interprétariat.

Cette ETMISSS a pour but de répondre plus spécifiquement à quatre questions :

1. **Quels éléments doivent être pris en considération tant par l'intervenant que par l'interprète (formel ou informel) lors d'une intervention auprès de l'utilisateur en personne ou par téléphone, afin d'assurer l'efficacité, la qualité et la sécurité des interventions?**
2. **À quelles stratégies l'intervenant peut-il recourir en cas d'absence d'interprètes ou de refus de l'utilisateur d'utiliser un interprète (formel ou informel)?**
3. **Quels éléments devraient définir la formation continue des intervenants qui travaillent en présence d'interprète?**
4. **Quels éléments devraient définir le processus d'accueil-orientation des interprètes au sein des établissements?**

Cette ETMISSS visant à produire des recommandations basées sur des données scientifiques ainsi que sur une analyse du contexte, une revue systématique a été effectuée, menant à l'analyse de 19 revues systématiques et de 4 guides de pratique portant sur les interventions en interprétariat. Une consultation des parties prenantes a aussi été menée auprès de 36 intervenants provenant de 4 CIUSSS différents et de 28 interprètes provenant de deux banques d'interprètes distinctes.

En regard de la première question, l'ETMISSS permet d'établir que les éléments à prendre en considération dans la mise en œuvre d'une évaluation en interprétariat sont de cinq types :

- 1) Le rôle de l'interprète;
- 2) Les préférences de l'utilisateur;
- 3) Les enjeux liés à la transmission de l'information
- 4) L'accès et la logistique
- 5) Le respect de l'intégrité de l'utilisateur et de ses proches

Les résultats de l'ETMISSS concernant cette première question mènent à la formulation de huit recommandations.

Les trois premières recommandations s'adressent aux intervenants et concernent :

- a) Les informations à consigner et tenir à jour au dossier
- b) L'information à donner à l'utilisateur concernant l'accès aux services d'interprétariat

- c) Le choix du type (formel ou informel) et de la modalité (en présence ou par téléphone) des services d'interprétariat à mettre en œuvre.

Les deux recommandations suivantes s'adressent aux interprètes formels et soulignent la nécessité pour ces derniers d'agir avec transparence et professionnalisme.

La recommandation suivante indique à l'intervenant et à l'interprète formel qu'ils doivent, ensemble, mettre en place des mécanismes favorisant la collaboration.

Finalement, les deux dernières recommandations en lien avec la première question de cette ETMISSS ciblent l'intervenant et l'interprète (formel ou informel) et leur indiquent la nécessité de travailler avec l'utilisateur à :

- a) Clarifier le rôle de l'interprète
- b) Énoncer, dès le début de l'intervention, des règles de communications favorisant une bonne communication.

Concernant la deuxième question, les travaux menés dans le cadre de cette ETMISSS indiquent qu'aucune stratégie n'est recensée permettant d'agir en absence d'interprète sans risque de compromettre la qualité des soins. Dans cette perspective, en cas de refus de l'utilisateur, il est nécessaire d'aviser ce dernier que les services d'un interprète formel sont gratuits, confidentiels et qu'ils comportent de nombreux bénéfices pour la qualité des soins. Si l'utilisateur maintient son refus ou s'il y a absence de ressources en interprétariat et que l'intervenant et l'utilisateur ont au moins des bases dans une langue commune, ils peuvent tenter de communiquer de manière simple dans cette langue. Cela dit, il s'agit d'une solution de dernier recours puisque le risque d'erreur est grand. Pour réduire ce risque, l'intervenant doit demander fréquemment à l'utilisateur de reformuler les informations transmises dans ses propres mots afin de s'assurer de la bonne compréhension de celles-ci. Un interprète devra être appelé dès que possible et ce dernier devra s'assurer que les informations transmises jusque-là ont bien été comprises. Des ouvrages et outils de références linguistiques peuvent aussi être utilisés, tels que par exemple des outils de traduction en ligne. L'utilisation de tels outils peut cependant générer de la confusion, ils doivent être employés avec soin. Finalement, des outils complémentaires aux services d'interprétariat peuvent être utilisés afin de transmettre de l'information : documents traduits, matériel graphique ou audiovisuel. Cela dit, en tout temps, le recours à un interprète devrait être privilégié dès que possible.

Les résultats concernant cette deuxième question permettent de formuler trois recommandations qui indiquent à l'intervenant:

- a) Ce qui doit être fait en cas de refus de l'utilisateur
- b) Ce qui doit être fait en cas d'absence de ressource en interprétariat
- c) Ce qui doit être fait dans tous les cas, qu'il s'agisse d'un refus ou d'un manque de ressource.

En ce qui a trait à la troisième question, cette ETMISSS permet de dire que les intervenants doivent être formés sur deux plans:

- 1) La collaboration avec les interprètes
- 2) La sensibilité culturelle.

Elle permet aussi de proposer certains éléments concernant les modalités de formation continue des intervenants.

Les résultats en lien avec la troisième question donnent lieu à la formulation de quatre recommandations indiquant que la formation continue des intervenants doit :

- a) Sensibiliser les intervenants aux conséquences possibles d'une mauvaise compréhension ou d'un manque de respect envers les valeurs, les croyances ou les traditions de l'utilisateur
- b) Favoriser la collaboration avec les interprètes
- c) Faire connaître aux intervenants les éléments à prendre en considération dans la mise en œuvre d'une intervention en interprétariat
- d) S'appuyer sur des modalités misant sur la sensibilité et la pratique réflexive des intervenants, des principes andragogiques reconnus et des formateurs compétents et inclure des mesures de soutien dans l'application des apprentissages.

À propos de la quatrième question, l'ETMISSS établit que des mécanismes de deux ordres pourraient permettre de mieux accueillir et orienter les interprètes dans le réseau de la santé et des services sociaux :

- 1) des mécanismes de soutien et de reconnaissance des interprètes
- 2) de la formation.

En ce sens, ces résultats donnent lieu à la formulation de deux recommandations indiquant :

- a) Des mécanismes de soutien et de reconnaissance à mettre en œuvre
- b) Des thèmes à aborder avec les interprètes dans le cadre d'une formation sur l'intervention en contexte de diversité dans le milieu de la santé et des services sociaux.

Une synthèse visuelle des recommandations de cette ETMISSS est présentée dans les deux pages qui suivent. Les recommandations complètes sont présentées à la fin du présent rapport.

COMMENT SURMONTER UNE BARRIÈRE LINGUISTIQUE EN INTERVENTION?



- Informer l'usager des bénéfices, de la gratuité et de la confidentialité des services d'un interprète professionnel
- Consigner et tenir à jour au dossier de l'usager les informations concernant la barrière linguistique et le recours à un interprète



ET ENSUITE ?



AVEC INTERPRÈTE



- Choisir le type d'interprète :
 - Professionnel
 - Proche de l'usager

Aspects à considérer :
Qualité et sécurité | Accès | Préférences de l'usager



- Le recours à un mineur est à **PROSCRIRE**
- Le recours à un proche est **DÉCONSEILLÉ** dans les situations délicates, conflictuelles ou pouvant avoir des conséquences cliniques ou légales importantes



- Être transparent
- Maintenir une pratique réflexive



- Instaurer des mécanismes de partage d'information
- Clarifier avec l'usager le rôle de l'interprète

RÈGLES DE COMMUNICATION

- Utiliser un langage simple, des phrases courtes
- Éviter le jargon technique
- Clarifier et reformuler au besoin
- S'assurer que l'intervenant s'adresse directement à l'usager
- Faire des pauses pour interpréter de ce qui vient d'être dit

SANS INTERPRÈTE



CAS 1 : REFUS DE L'USAGER



- Mettre l'usager en confiance et comprendre les motifs de son refus
- Rappeler à l'usager la gratuité, la confidentialité et les bénéfices des services d'un interprète professionnel

CAS 2 : INTERPRÈTE NON-DISPONIBLE



- Reporter le rendez-vous si possible
- Faire appel à un interprète dès que disponible
- Revoir les informations importantes



- Utiliser ces ressources alternatives avec **PRUDENCE** :
 - Traduction en ligne
 - Langage de base dans une langue commune (ex. anglais)

RÈGLES DE COMMUNICATION

- Vérifier la compréhension de l'usager en lui demandant de reformuler fréquemment

Pour les détails, consulter la section **Recommandations**



COMMENT SOUTENIR LES PRATIQUES PERMETTANT DE SURMONTER UNE BARRIÈRE LINGUISTIQUE EN INTERVENTION?



▪ Les **GESTIONNAIRES** peuvent soutenir les intervenants et les interprètes dans leurs interventions en instaurant les mécanismes suivants :



1. FORMATION CONTINUE des INTERVENANTS



▪ Sensibiliser aux conséquences possibles d'une mauvaise compréhension ou d'un manque de respect envers les valeurs, les croyances ou les traditions de l'usager



▪ Faire connaître les bonnes pratiques permettant de surmonter une barrière linguistique en intervention



2. ACCUEIL-ORIENTATION des INTERPRÈTES



▪ Offrir du soutien et de la reconnaissance



▪ Fournir les connaissances nécessaires à l'intervention :
- En contexte de diversité culturelle
- Dans le milieu de la santé et des services sociaux



Pour favoriser la collaboration entre intervenants et interprètes, il est important de mettre en place des mécanismes de **SOUTIEN** dans la mise en **APPLICATION** des apprentissages



Pour les détails, consulter la section **Recommandations**

CONTEXTE

L'interprétation est une activité professionnelle qui consiste à exprimer fidèlement le sens de ce qui est dit en une langue, dans une autre, en tenant compte davantage du contenu que de la forme du message et en considérant les caractéristiques des personnes qui reçoivent le message (Bourque, 2004). L'interprétariat en contexte pluriethnique est un mode d'intervention de plus en plus utilisé au Québec, comme dans plusieurs pays occidentaux, afin de répondre aux besoins des personnes faisant face à des barrières linguistiques. Selon le recensement canadien de 2011, environ 76 000 personnes ne maîtrisent ni le français ni l'anglais au Québec, ce qui représente environ 1% de la population. Le réseau de la santé et des services sociaux est particulièrement touché par cette situation étant donnée l'importance d'une bonne communication entre les membres de la population, quelle que soit la langue parlée, et les prestataires de soins et de services. Tant l'absence d'interprète que des mauvaises pratiques d'interprétariat compromettent la communication entre les intervenants de la santé et des services sociaux et les usagers faisant face aux barrières linguistiques. De plus, la barrière linguistique menace l'efficacité, la qualité et la sécurité des interventions (Flores, Abreu, Barone, Bachur, & Lin, 2012; Giordano, 2007; Hadziabdic, Heikkila, Albin, & Hjelm, 2011; Taveras & Flores, 2004). En ce sens, l'intervention d'interprètes peut permettre de diminuer l'ampleur de cette difficulté (Azarmina & Wallace, 2005). À ce propos, un document de travail produit par un comité interministériel mandaté pour proposer un cadre national de référence en matière d'interprétariat indique qu'une communication optimale a les effets suivants sur la qualité des services en santé et services sociaux :

- 1) L'établissement d'une relation de confiance;
 - 2) La transmission de toutes les explications nécessaires et l'optimisation de la compréhension, de l'appropriation et des/les retombées souhaitées;
 - 3) L'obtention du consentement éclairé et de l'adhésion ou l'utilisation des services offerts, lorsque nécessaire;
 - 4) La diminution des risques d'erreurs;
 - 5) L'intégration plus effective des personnes immigrantes et réfugiées.
- (Battaglini & Léonard, n.d. p.16)

Par ailleurs, selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), les établissements doivent « favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec » (Gouvernement du Québec, 2009-2010, art. 2.7). Le recours aux interprètes est donc un moyen privilégié par les établissements pour répondre à cette problématique d'accessibilité.

Dans cette perspective, l'installation du CSSS de la Montagne-IU, maintenant fusionnée au CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, et l'installation du CJM-IU, maintenant fusionnée au CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, offrent des services aux personnes faisant face à des barrières linguistiques et recourent donc fréquemment aux services d'interprètes, et ce, depuis plusieurs années. Des politiques internes balisent le recours aux interprètes dans les deux installations. À titre d'exemple, en 2013-2014, l'installation du CSSS de la Montagne-IU estime avoir réalisé près de 10 000 interventions en présence d'interprètes de la Banque interrégionale d'interprètes. L'installation du CJM-IU a, quant à elle, réalisé environ 2400 interventions en présence d'interprètes formels. Ces interventions ne représentent toutefois qu'une partie des interventions réalisées en présence d'interprètes, puisque les installations ont également recours à d'autres types d'interprètes, dont l'utilisation n'est pas documentée.

Cela dit, ces installations, de même qu'une dizaine d'autres ayant appuyé la présente évaluation¹, estiment qu'elles sont peu outillées pour guider la pratique des intervenants et des interprètes lors de ces interventions complexes. Afin de consolider et d'améliorer leurs pratiques, ils ont donc sollicité la réalisation d'une évaluation de l'interprétariat en tant que mode d'intervention. Cette démarche basée principalement sur une revue systématique de la littérature scientifique et une consultation des parties prenantes a été réalisée en tenant compte des besoins décisionnels des établissements consultés. Les questions d'évaluation ont été définies en tenant compte de ces besoins.

1.1. Question décisionnelle et questions d'évaluation

L'évaluation des besoins décisionnels a mené à l'élaboration de la question décisionnelle suivante :

- Comment les établissements de santé et de services sociaux peuvent-ils soutenir la pratique des intervenants et des interprètes qui interviennent auprès de personnes faisant face à des barrières linguistiques?

Afin de préciser cette question et d'orienter l'évaluation, quatre questions d'évaluation ont été formulées :

1. Quels principes, valeurs et pratiques doivent être pris en considération tant par l'intervenant que par l'interprète (formel ou informel²) lors d'une intervention auprès de l'utilisateur en personne ou par téléphone, afin d'assurer l'efficacité, la qualité et la sécurité des interventions?³
2. À quelles stratégies l'intervenant peut-il recourir en cas d'absence d'interprètes ou de refus de l'utilisateur d'utiliser un interprète (formel ou informel)?
3. Quels éléments devraient définir la formation continue des intervenants qui travaillent en présence d'interprète?⁴
4. Quels éléments devraient définir le processus d'accueil-orientation des interprètes au sein des établissements?

¹ Dix installations et associations du secteur de la santé et des services sociaux ont appuyé la présente ETMISSS en tant que « milieux utilisateurs », témoignant de leur intérêt quant à l'utilisation de l'interprétariat comme mode d'intervention. Ces installations ont été consultés de façon ponctuelle par des membres des UETMISSS menant le projet sur leur contexte, leurs besoins et leurs préoccupations en matière d'interprétariat afin de mieux planifier et orienter l'ETMISSS.

² Dans le cadre de cette ETMISSS, les interprètes formels sont définis comme étant des personnes ayant comme fonction professionnelle d'agir à titre d'interprètes et travaillant habituellement au sein d'une banque d'interprètes, qu'ils aient reçu une formation ou non pour ce faire. Les interprètes informels sont des personnes qui agissent à titre d'interprète sans que cela ne soit leur fonction professionnelle. Il s'agit généralement des proches de l'utilisateur, du personnel bilingue de l'établissement ou de bénévoles de la communauté.

³ Afin de ne pas dupliquer les travaux d'un comité interministériel en place au moment de l'élaboration du devis de cette ETMISSS, il a été déterminé que cette question d'évaluation exclue les aspects organisationnelles d'accès aux services d'interprétariat, par exemple l'aspect budgétaire.

⁴ Les compétences linguistiques requises de la part des interprètes étant hors du contrôle des établissements, cet aspect ne sera pas traité dans la présente évaluation

MÉTHODE

La méthode mise en œuvre dans le cadre de cette ETMISSS comporte deux volets :

- 1) une revue systématique des revues systématiques et des guides de pratique sur les interventions en interprétariat afin d'établir un portrait des données probantes sur le sujet
- 2) une consultation de certaines parties prenantes (des intervenants et des interprètes) afin de contextualiser l'apport de ces données probantes en regard de l'expertise de ces parties prenantes.

La démarche méthodologique choisie afin de répondre aux quatre questions d'évaluation se base sur les guides méthodologiques de l'Institut d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) : *Les normes de production des revues systématiques* (Martin, Renaud, & Dagenais, 2013) et *Consultation des parties prenantes* (Fournier, Dagenais, & Martin, 2014). Une exploration préliminaire de la littérature effectuée afin de déterminer la faisabilité de cette ETMISSS a aussi permis d'orienter certains choix méthodologiques.

2.1. Collecte des données issues des écrits scientifiques

Revue de revues systématiques de la littérature

Le guide méthodologique *Les normes de production des revues systématiques* (Martin et al., 2013) propose 33 normes pour s'assurer, notamment, de la qualité, de la transparence et de la reproductibilité d'une revue systématique. La première de ces normes stipule qu'une recherche doit être effectuée dans la littérature scientifique afin de s'assurer qu'il est pertinent de réaliser une revue systématique. En ce sens, le guide explique que la réalisation d'une revue systématique est justifiée lorsqu'aucune revue systématique n'est disponible sur le sujet à l'étude ou lorsque les revues disponibles ne couvrent pas l'ensemble des éléments-clés de la question de recherche.

L'exploration préliminaire des écrits scientifiques sur l'interprétariat a permis de constater qu'il existe des revues systématiques apportant certains éléments de réponses aux questions décisionnelles de la présente ETMISSS, mais qu'aucune de ces revues ne se concentre précisément sur l'identification de pratiques et d'éléments de formation à privilégier. Cela explique à la fois la pertinence de mener la présente ETMISSS et le choix de le faire en effectuant une revue systématique des revues systématiques. Cette section présente la méthodologie utilisée pour mener cette revue. Elle consiste en cinq étapes : la recherche documentaire, la sélection, l'évaluation de l'admissibilité, l'évaluation de la qualité et l'extraction. Une sous-section est réservée à la présentation de la méthode utilisée pour mener à bien chacune de ces étapes. L'annexe 1 présente le nombre de revues retenues à chaque étape.

Recherche documentaire

La recherche documentaire a été menée par les bibliothécaires de l'installation du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire entre le 31 août et le 3 septembre 2015. Neuf bases de données ont été fouillées à partir de leur date de fondation jusqu'à la date de la consultation : PsycInfo, Medline, SWAB, Embase, Francis, CINAHL Plus, Social Services Abstracts, Dissertations and Theses, Web of Science. Les critères PICOTS (Population, Intervention, Comparateur, *Outcome* (effets), Temporalité et *Setting* (contexte)) ont servi à orienter la réflexion pour le choix des mots-clés. Les critères PICOTS de chacune des quatre questions d'évaluation sont présentés au Tableau 1. Les principaux mots-clés utilisés dans le cadre de cette recherche documentaire menée en anglais sont : *interpreter (service), language barrier or proficiency, health or health care (service, delivery or personnel), mental health service, psychiatry, mental health, child welfare*. Par ailleurs, s'ajoutant aux mots-clés concernant les services d'interprétariat en

santé et en services sociaux, des mots-clés ont été utilisés pour circonscrire les résultats à des revues systématiques. Ces mots-clés sont, principalement : *meta-analysis*, *systematic review*, *literature review*. Des stratégies de recherche utilisant différentes combinaisons de ces mots-clés ont été adaptées pour chacune des bases de données. Ces stratégies de recherche sont présentées en Annexe 2.

Tableau 1. Critères PICOTS

PICOTS				
Critères	Question 1	Question 2	Question 3	Question 4
Population (P)	Usagers qui font face à des barrières linguistiques		Intervenants	Interprètes
Intervention (I)	Interventions de santé et de services sociaux en présence d'interprète en personne ou par téléphone	Intervention en cas d'absence ou de refus de recourir à un interprète par un usager	Formation continue des intervenants en matière d'interprétariat par les établissements	Accueil et orientation des interprètes par les établissements
Comparateur (C)	Interventions sans interprète (auprès des usagers qui ne font pas face à des barrières linguistiques)	N/D	Absence de formation continue des intervenants en matière d'interprétariat par les établissements	Absence de processus d'accueil et d'orientation par les établissements
Outcomes ou effets attendus (O)	Effets sur l'efficacité, la qualité et la sécurité des interventions (voir cadre d'analyse)			
Temporalité (T)	Lors des interventions auprès des usagers faisant face à des barrières linguistiques, de la prise de rendez-vous jusqu'au dernier contact		Le plus tôt possible dans leur cheminement professionnel au sein de l'établissement et de façon continue	
Setting ou milieu d'intervention (S)	Établissements de santé et de services sociaux			

Un total de 1 366 revues systématiques a été trouvé grâce à cette démarche. Parmi celles-ci, 243 doublons ont été retirés de manière semi-automatisée et 53 autres ont été identifiés manuellement, soit en tout 296 doublons. Une fois les doublons retirés, le nombre de revues systématiques issues de la recherche documentaire est de 1070.

Sélection des revues

Sur la base des critères de sélection présentés au Tableau 2, la sélection des revues a été effectuée par deux membres de l'équipe de travail, de manière indépendante. Aucun conflit de sélection ne s'est présenté, alors il n'a pas été nécessaire de faire appel à une tierce personne pour trancher.

Dans un premier temps, la sélection a été faite à partir de la lecture des titres et des résumés (*abstracts*) des revues. À cette étape, 985 revues ont été exclues pour n'en retenir que 85. Dans un deuxième temps, une lecture rapide du texte complet de ces 85 revues a été effectuée pour en retenir 19. Parmi ces 19 revues, dix abordent directement les interventions en interprétariat alors que neuf abordent plus globalement les interventions interculturelles ou en situation de barrières linguistiques. Ces dernières ont été retenues bien qu'elles n'abordent pas directement les interventions en interprétariat puisqu'elles présentent néanmoins de l'information permettant de répondre aux questions de l'ETMISSS. Cela dit, pour distinguer ces deux types de revues, celles qui traitent des interventions en interprétariat sont indiquées comme étant des revues principales alors que celles traitant de ces interventions seulement de manière marginale sont libellées comme étant des revues complémentaires.

Tableau 2. Critères de sélection des études

Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> - La revue comprend des études portant sur les interventions de santé ou de services sociaux (incluant les interventions par des intervenants du réseau dans la communauté, dont les écoles, les garderies, les milieux de vie, etc.) menées auprès de personnes faisant face à des barrières linguistiques, excluant les personnes malentendantes; - La revue comprend des études portant sur un contexte d'intervention et d'interprétariat en personne ou par téléphone; - La revue comprend des études traitant d'au moins une forme d'interprétariat (formel ou informel) ou d'une stratégie spécifique en lien avec l'absence d'interprète ou de refus de l'utilisateur à recourir à un interprète; - La revue comprend des études portant sur l'intervention faite par un intervenant (médecin, infirmière, psychologue, travailleur social, agent de relations humaines, auxiliaire, etc.) ou un interprète (formel ou informel).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - La revue comprend des études portant sur les interprètes judiciaires ou de conférence. - La revue comprend des études portant sur des groupes d'individus composés exclusivement de personnes malentendantes. - La revue comprend des études portant sur des pratiques ou stratégies de gestion ou du mode d'organisation des services d'interprétariat. - La revue comprend des études portant sur la formation des interprètes exclusivement.
Types de revues	Revue systématique, revue de littérature.
Période	Aucune restriction.
Langue de publication	Anglais et français.
Territoire	Aucune restriction.

Évaluation de la qualité des revues

Pour évaluer la qualité des revues sélectionnées ($n=19$), l'outil *Critical Appraisal Skills program (CASP)* a été utilisé (Critical Appraisal Skills Program, 2013). L'outil d'évaluation CASP est validé scientifiquement et disponible en différentes versions selon la nature de la publication qui doit être évaluée, dont les revues systématiques. Il s'agit d'un outil polyvalent d'aide à la décision qui soutient le processus de sélection des données sur lesquelles se basent les conclusions et les recommandations. Le nombre de revues incluses étant limité et la qualité de l'ensemble des revues ayant été jugée satisfaisante, le processus d'évaluation de la qualité n'a mené au retrait d'aucune revue. Par ailleurs, ce processus a permis de mettre en lumière les principales limites de chaque revue. Celles-ci sont présentées en Annexe 10.

Tout comme pour la sélection, aucun conflit ne s'est présenté, alors il n'a pas été nécessaire de faire appel à une tierce personne pour trancher.

Extraction des informations

L'extraction des données a été faite à l'aide d'un formulaire d'extraction élaboré par le comité de travail de l'ETMISSS en se basant sur les critères PICOTS présentés au Tableau 2. La grille d'extraction a été testée sur un échantillon de quatre des revues sélectionnées. Cette démarche a permis de s'assurer de la justesse et de la pertinence de la grille et n'a mené à aucune modification notable de celle-ci. La grille d'extraction utilisée est présentée à l'Annexe 3.

Comme pour les deux étapes précédentes, l'extraction des informations a été effectuée par deux membres de l'équipe de travail, de manière indépendante. Afin d'assurer une utilisation homogène de la grille d'extraction par les deux membres de l'équipe, ceux-ci se sont rencontrés fréquemment pour mettre en commun leur travail et discuter des divergences.

Synthèse des informations

La synthèse des informations extraites a été effectuée de manière à identifier, pour chacune des questions d'évaluation, les thèmes communs aux différentes revues incluses dans l'évaluation. Ensuite, pour chacun de ces thèmes, la synthèse a permis d'établir la fréquence avec laquelle ce thème est abordé dans les revues. En bref, au terme de la synthèse, un portrait global a été dressé des grands thèmes abordés par les revues incluses en lien avec chacune des questions d'évaluation.

Revue de guides de pratique

Lors de l'exploration préliminaire des écrits scientifiques sur l'interprétariat, plusieurs guides de pratique avaient été retracés. La plupart de ceux-ci s'adressaient aux interprètes et portaient sur les pratiques recommandées concernant les normes et les principes déontologiques et éthiques. Afin de tenir compte de l'information contenue dans ces documents, une étape de revue systématique des guides de pratique a été intégrée au présent projet.

Comme pour la section précédente portant sur la revue des revues systématiques, cette section présente, en cinq sous-sections, la méthode utilisée pour mener à bien chacune des étapes de la revue de guides de pratique. L'annexe 1 présente le nombre de guides retenus à chaque étape.

Recherche documentaire

Les mots clés sur l'interprétariat et les bases de données utilisés pour la recherche de guides de pratiques sont les mêmes qui ont été utilisés dans le cadre de la recherche de revues. Cela dit, à ces mots-clés ont été ajoutés des mots-clés portant sur les bonnes pratiques basées sur des données probantes, notamment : *evidence-based (practice, framework, guidance or guideline)*. Des stratégies de recherche utilisant différentes combinaisons de ces mots-clés ont été adaptées pour chacune des bases de données. Ces stratégies de recherche sont présentées en annexe 2.

Cette démarche a permis de retracer 15 473 documents. Parmi ceux-ci, 4 507 doublons ont été retirés de manière semi-automatisée et 824 autres ont été retirés manuellement, soit un total de 5 531 doublons. Une fois les doublons retirés, ce sont 9 942 documents qui ont été retenus pour l'étape de la sélection.

Par ailleurs, afin de tenir compte des documents qui n'ont pas été publiés et qui ne se retrouvent pas dans les bases de données scientifiques, 55 sites web en lien avec l'interprétariat ont été consultés afin de voir s'ils contenaient des références à des guides de pratique n'ayant pas été répertoriées grâce à la recherche dans les bases de données. Cette démarche a permis de retracer 10 documents. La vérification des références de ces documents a, elle, permis de retracer 12 documents supplémentaires. Finalement, une recherche sur Google a permis de retracer 8 documents, pour un total de 30 documents s'ajoutant aux 9 942 documents répertoriés à l'étape précédente ($n=9\ 972$). La liste exhaustive des mots-clés utilisés et des sites consultés est disponible en Annexe 4.

Sélection des guides

Les critères d'inclusion et d'exclusion présentés au Tableau 2 ont également été utilisés pour la sélection des guides, à l'exception de la section « Type d'études » qui est non applicable. À ce critère se substitue la définition de l'INESSS :

«Recommandations élaborées de façon systématique et transparente, par et pour les parties prenantes d'une intervention en services sociaux. Ces recommandations sont fondées sur les meilleures données scientifiques disponibles et appuyées sur des données contextuelles ainsi que sur le savoir d'experts, notamment les chercheurs, les gestionnaires, les intervenants, les usagers et leurs proches. Elles sont présentées dans un format clair et concis, pour soutenir la prise de décision et orienter la pratique des parties prenantes.»

(Beauchamp, Drapeau, Dionne, & Duplantie, 2015 p.2)

En vertu de cette définition, n'ont été retenus que les documents dont les recommandations étaient basées à la fois sur une revue systématique des écrits scientifiques et sur une consultation d'experts. Pour cette démarche de sélection comme pour celle des revues, deux membres de l'équipe ont travaillé de manière indépendante en deux étapes : 1) la lecture des titres et des résumés (*abstracts*) et 2) la lecture rapide de l'ensemble du document. Aucun conflit ne s'est présenté alors il n'a pas été nécessaire de faire appel à une tierce personne. À la première étape, ce sont 9 938 documents qui ont été retranchés alors que 31 documents ont été retranchés à la deuxième étape. Ce faisant, ce sont quatre guides de pratique qui ont été retenus pour l'évaluation de la qualité.

Évaluation de la qualité des guides

L'outil AGREE II (Appraisal of guidelines for research & evaluation instrument, 2013) a été utilisé pour effectuer l'évaluation de la qualité des guides de pratique retenus. Cet outil est conçu pour déterminer la rigueur, la présence ou absence de biais et la confiance pouvant être attribuées aux démarches soutenant l'élaboration des guides sélectionnés. Cet outil propose de coter 23 items sur une échelle allant de 1 (Fortement en désaccord) à 7 (Fortement en accord). Les items sont catégorisés en 7 domaines: 1) *Scope and Purpose*; 2) *Stakeholder Involvement*; 3) *Rigour of Development*; 4) *Clarity of presentation*; 5) *Applicability*; 6) *Editorial Independence* et 7) *Overall Guideline Assessment*. Les principales limites de chaque guide ainsi que la cote moyenne attribuée pour chacun de ces domaines sont présentées en Annexe 11. L'évaluation de la qualité a été menée de manière indépendante par deux membres de l'équipe. Comme mentionné précédemment concernant les revues systématiques, le nombre de guides inclus étant limité et la qualité de chacun des guides ayant été jugée satisfaisante, le processus d'évaluation de la qualité n'a mené au retrait d'aucun guide.

Extraction et synthèse des informations

L'extraction et la synthèse des informations des guides de pratique ont été effectuées avec la même démarche et la même grille d'extraction que pour l'extraction et la synthèse des informations issues des revues systématiques. Les résultats émergeant de ces deux démarches ont par la suite été comparés afin de conclure sur les points communs et les divergences afin de nuancer les recommandations de la présente évaluation.

2.2. Consultation auprès des parties prenantes

L'objectif de ce volet de consultation des parties prenantes était de donner l'occasion aux intervenants et aux interprètes de s'exprimer sur leurs pratiques lors d'intervention en interprétariat, de même que sur les pratiques recensées grâce à la collecte des données issues des écrits scientifiques. Pour ce faire, trois types de groupes de discussion ont eu lieu : des groupes de discussion avec les intervenants, des groupes de discussion avec les interprètes et des groupes de discussion mixtes incluant des intervenants et des interprètes. Ces groupes de discussion étaient d'une durée d'environ une heure trente et ils ont été

menés à Montréal et à Québec entre le 6 décembre 2016 et le 31 janvier 2017, pour un total de 8 groupes de discussion ayant permis de rejoindre 28 interprètes et 36 intervenants. Le tableau 3 résume la composition de chacun de ces groupes. Le recrutement des participants a été effectué en collaboration avec les directions de services des établissements impliqués de même qu'en collaboration avec la Banque interrégionale des interprètes et la Banque d'interprètes de la Capitale-Nationale. Pour les intervenants, il a été indiqué aux directions que les intervenants recrutés devaient interagir directement avec la clientèle, mais pouvaient provenir de différents corps professionnels : infirmières, travailleurs sociaux, médecins, psychologues, psychoéducateurs, etc. En ce qui a trait aux interprètes, le processus de recrutement visait à former des groupes représentant diverses langues et divers niveaux d'expériences en interprétariat dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Tableau 3. Composition des groupes de discussion

Type de groupe	Provenance des participants	Direction d'appartenance des participants	Profession des participants
Intervenants	CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	6 intervenants : <ul style="list-style-type: none"> • Quatre de la Direction des programmes jeunesse • Deux de la Direction de la protection de la jeunesse 	<ul style="list-style-type: none"> • 36 intervenants <ul style="list-style-type: none"> ○ Quatorze travailleurs sociaux ○ Six infirmiers ○ Trois psychoéducateurs ○ Trois agents de relations humaines ○ Deux psychologues ○ Deux criminologues ○ Six autres (chef d'unité, éducateur, ergothérapeute, nutritionniste, orthophoniste, technicien en travail social) • 28 interprètes
	CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	6 intervenants : <ul style="list-style-type: none"> • Trois de la Direction du programme des services intégrés de première ligne • Un de la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) • Deux de la Direction du programme de santé mentale et dépendance 	
	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	7 intervenants : <ul style="list-style-type: none"> • Deux de la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) • Deux de la Direction des programmes de santé mentale et dépendance • Trois de la Direction des services intégrés de 1^{re} ligne 	
	CIUSSS de la Capitale-Nationale	9 intervenants : <ul style="list-style-type: none"> • Deux du CHU-Québec • Un de la Direction des programmes déficiences (DI-TSA-DP) • Deux de la Direction du programme jeunesse • Trois de la Direction des programmes santé mentale et dépendance • Un de la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) 	
Interprètes	Banque interrégionale d'interprètes (CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal)	10 interprètes	
	Banque d'interprètes de la Capitale-Nationale	8 interprètes	
Mixtes	CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	9 participants : Deux intervenants du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal : <ul style="list-style-type: none"> • Un de la Direction des programmes jeunesse • Un de la Direction de la protection de la jeunesse 	
	CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Deux intervenants du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal <ul style="list-style-type: none"> • Un de la Direction du programme des services intégrés de première ligne • Un de la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) 	
	Banque interrégionale d'interprètes (CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal)	Cinq interprètes de la Banque interrégionale d'interprètes	
	CIUSSS de la Capitale-Nationale	9 participants : Quatre intervenants du CIUSSS Capitale-Nationale <ul style="list-style-type: none"> • Un du CHU-Québec • Un de la clinique de santé des réfugiés • Un de la Direction du programme jeunesse • Un de la Direction des programmes déficiences (DI-TSA-DP) 	
	Banque d'interprètes de la Capitale-Nationale	Cinq interprètes de la Banque d'interprètes de la Capitale-Nationale	

Par ailleurs, bien que le devis initial prévoyait une consultation auprès des interprètes informels de même qu'auprès des usagers, il a été établi que ces derniers ne seraient pas à même de fournir un point de vue basé sur une expérience répétée et variée des interventions en interprétariat. Considérant que pour représenter cette variété dans les points de vue, il aurait été nécessaire de mener la collecte de données auprès d'un grand nombre d'usagers et d'interprètes informels, ce que les ressources de cette ETMISSS ne permettent pas, il a été jugé préférable de se limiter à la consultation des intervenants et des interprètes formels. Par ailleurs, le point de vue des gestionnaires est considéré via leur présence au sein du comité de pilotage et du comité délibératif.

Pour animer les groupes de discussion, un guide d'animation a été conçu et se décline en trois versions légèrement différentes selon qu'il s'agisse d'un groupe d'interprètes (Annexe 5), d'intervenants (Annexe 6) ou mixte (Annexe 7). L'animation des groupes de discussion s'est faite en quatre temps. Dans un premier temps, une brève présentation des objectifs de l'ETMISSS, de même que des objectifs et des consignes propres au groupe de discussion était faite. Dans un second temps, les participants étaient appelés à discuter en groupe, dans une formule «remue-méninge», des principaux éléments positifs ou négatifs en lien avec les interventions en interprétariat. Ils étaient aussi appelés à réfléchir ensemble à leurs besoins ou attentes en vue de faciliter ces interventions. Dans un troisième temps, un document présentant l'ensemble des recommandations préliminaires basées sur la collecte des données issues des écrits scientifiques (Annexe 8) était remis aux participants afin que ces derniers prennent connaissance de ces recommandations. Dans un dernier temps, les participants ont discuté en groupe de leurs réactions face aux recommandations préliminaires.

Les intervenants qui ont participé aux groupes de discussion l'ont fait sur leur temps de travail alors que les interprètes ont bénéficié d'une compensation financière de 50\$. Les participants aux groupes de discussion ont tous signé un formulaire de consentement éclairé (Annexe 9) et ont consenti à ce que les échanges soient enregistrés sur support numérique. Une co-animatrice était présente afin de prendre des notes et relancer l'animation au besoin. Une transcription partielle a été effectuée sur la base des notes et de l'enregistrement de chacune des rencontres. Les échanges ont par la suite fait l'objet d'une analyse menée en fonction de la méthode de Miles & Huberman (2003). Cette méthode se déroule en trois phases : la condensation, l'organisation et l'interprétation. Lors de la condensation, les échanges ont été découpés en fonction de codes correspondant aux thèmes abordés. Ces codes peuvent être appliqués à un mot, à une phrase ou à un paragraphe entier et permettent d'organiser les propos des participants en fonction des idées et des thèmes qu'ils contiennent, de manière à pouvoir réaliser des opérations analytiques (Lessard-Hébert et al., 1996). Dans le cas présent, les codes utilisés étaient préalablement établis en fonction des thèmes issus des résultats de la revue systématique. Néanmoins, un code « autres » était prévu pour les thématiques émergentes. Ensuite, pour l'organisation des données, un document PowerPoint a été élaboré afin de synthétiser le discours des participants en lien avec chacun des codes appliqués dans la phase précédente. Finalement, la dernière phase d'analyse des données consiste à les interpréter. Il s'agit de produire des connaissances à partir de l'organisation des discours (Miles & Huberman, 2003). Dans le cadre de cette étape, la synthèse des idées produites lors de l'étape de l'organisation a été comparée aux résultats de la revue systématique afin d'établir les éléments convergents, divergents et complémentaires entre les deux volets de cette ETMISSS : la revue systématique et la consultation des parties prenantes.

2.3. Élaboration des recommandations

À la suite de la collecte et de l'analyse des données issues des écrits scientifiques et des consultations des parties prenantes, une version préliminaire du présent rapport a été rédigée. Ce document a été envoyé par courriel aux membres du comité délibératif en préparation d'une rencontre de ce comité devant se tenir une semaine plus tard. Les membres de ce comité ont aussi reçu un document présentant 18 recommandations préliminaires. Afin de formuler ces recommandations, des tableaux synthèses ont été produits pour chacune des questions de la présente ETMISSS. La production de ces tableaux a permis d'établir quels sont les résultats pour lesquels les appuis scientifiques sont mitigés et ceux pour lesquels, au contraire, les données issues des revues, des guides et des consultations convergent. Les recommandations ont été formulées sur la base des éléments forts et convergents de cette synthèse. Les résultats mentionnés par un seul document ou de manière isolée dans les consultations n'ont pas été retenus.

Afin de formuler les recommandations finales du présent rapport, le comité délibératif s'est réuni après avoir pris connaissance de la version préliminaire du rapport et des recommandations. Le guide d'animation de cette rencontre peut être consulté à l'Annexe 12. Lors de cette rencontre, chacune des recommandations préliminaires a été discutée jusqu'à atteindre un consensus sur l'ensemble des recommandations, tant au plan du contenu que de la forme.

Par ailleurs, les recommandations ont été rédigées non pas dans une visée prescriptive, mais plutôt dans la volonté d'éclairer les pratiques lors d'interventions en interprétariat. Puisque ces interventions sont complexes, les recommandations sont pensées de manière à tenir compte du fait que les éléments à prendre en compte sont nombreux. Certains éléments devront parfois être privilégiés au détriment d'autres éléments, mais les contextes d'intervention sont trop variés pour qu'il soit possible, dans le cadre de cette ETMISSS, d'établir une hiérarchie décisionnelle. Ce faisant, cette hiérarchie doit être établie en tenant compte de chaque contexte spécifiquement et il faut, pour ce faire, en appeler au jugement professionnel des parties prenantes (intervenants, interprètes, gestionnaires).

RÉSULTATS

Les résultats présentés dans cette section visent à répondre aux questions d'évaluation de cette ETMISSS. L'annexe 10 présente un tableau synthèse des principaux résultats de même que des principales limites méthodologiques de chacune des revues incluses alors que l'annexe 11 présente les mêmes informations pour chacun des guides de pratique. La première des quatre questions d'évaluation a été reformulée à la lumière des informations contenues dans les données issues des écrits scientifiques qui ne pouvaient que difficilement être regroupées en principes, valeurs et pratiques. Ainsi, les questions auxquelles cette section vise à répondre sont :

1. Quels éléments doivent être pris en considération tant par l'intervenant que par l'interprète (formel ou informel) lors d'une intervention auprès de l'utilisateur en personne ou par téléphone, afin d'assurer l'efficacité, la qualité et la sécurité des interventions?
2. À quelles stratégies l'intervenant peut-il recourir en cas d'absence d'interprètes ou de refus de l'utilisateur d'utiliser un interprète (formel ou informel)?
3. Quels éléments devraient définir la formation continue des intervenants qui travaillent en présence d'interprète?
4. Quels éléments devraient définir le processus d'accueil-orientation des interprètes au sein des établissements?

Afin de répondre à ces questions, cette section présente d'abord les résultats issus de la collecte de données issues des écrits scientifiques. Puis, afin d'enrichir et de nuancer les résultats de la collecte de données issues des écrits scientifiques, les résultats de la collecte de données primaires auprès des parties prenantes sont présentés. Finalement, une synthèse est faite pour mieux introduire les recommandations présentées à la toute fin de la section.

3.1. Résultats de la collecte des données issues des écrits scientifiques

Les résultats de la collecte des données issues des écrits scientifiques sont tirés de l'extraction et de la synthèse des informations contenues dans les 19 revues et les 4 guides de pratiques conservés à l'issue du processus de sélection décrit précédemment. Pour chacune des questions d'évaluation de cette ETMISSS, cette section présente les différentes dimensions abordées par les 23 documents retenus.

Question 1 : Quels éléments doivent être pris en considération tant par l'intervenant que par l'interprète (formel ou informel) lors d'une intervention auprès de l'utilisateur en personne ou par téléphone, afin d'assurer l'efficacité, la qualité et la sécurité des interventions?

L'extraction et la synthèse des informations contenues dans les 23 documents retenus permettent de regrouper les éléments qui doivent être pris en considération en cinq thématiques : le rôle de l'interprète, les préférences de l'utilisateur, les enjeux liés à la transmission de l'information, l'accès et la logistique et finalement, le respect de l'intégrité de l'utilisateur et de sa famille.

Le rôle de l'interprète

Trois revues principales abordent la question du rôle de l'interprète (Brisset, Leanza, & Laforest, 2013; Hadziabdic & Hjelm, 2013; Sleptsova, Hofer, Morina, & Langewitz, 2014). Les travaux de Brisset et al. (2013) rapportent qu'il existe une tension entre la vision de l'interprète comme étant neutre et celle de l'interprète impliqué auprès de l'utilisateur. Selon ces auteurs, plus l'interprète est impliqué auprès de l'utilisateur, plus il démontrera de l'empathie envers celui-ci, mais moins il sera neutre. Cette perte de neutralité peut générer chez l'intervenant un sentiment de perte de contrôle dans l'intervention auprès de l'utilisateur. Dans cette perspective, Brisset et al. (2013) indiquent qu'il est nécessaire, afin d'établir une bonne collaboration entre l'intervenant et l'interprète, d'établir la confiance, le respect et la reconnaissance des rôles de chacun. Les travaux d'Hadziabdic et al. (2013) indiquent que bien que les guides de pratique en interprétariat recommandent la neutralité des interprètes, les usagers et leurs familles perçoivent le rôle d'interprète comme un guide pouvant les informer et les guider à travers le système de santé. Les travaux de Sleptsova et al. (2014) portent précisément sur la manière dont les interprètes perçoivent leur rôle, de même que sur le point de vue des intervenants et des usagers à ce propos. Ces travaux indiquent que, parmi les 34 études considérées, 32 stipulent que l'interprète joue différents rôles outre celui de transmettre l'information de manière neutre lors des interventions. Par exemple, les interprètes peuvent être amenés à jouer le rôle de courtier culturel, de clarificateur ou de «gérant», de défenseur du patient ou de médiateur. Par ailleurs, les travaux de Sleptsova et al. (2014) indiquent qu'il peut être inapproprié, peu réaliste ou même impossible d'envisager le rôle d'un interprète comme étant neutre. De plus, les travaux de Sleptsova et al. (2014) expliquent que la perception du rôle de l'interprète varie selon que ce soit le point de vue des interprètes eux-mêmes, des intervenants ou des usagers qui est considéré. Contrairement aux interprètes, les intervenants sont portés à considérer que l'interprète doit être neutre. Lorsqu'ils lui octroient un rôle supplémentaire à celui de transmettre l'information de manière neutre, il s'agit généralement de celui d'agent culturel ou de personne responsable d'indiquer les incompréhensions ou les malentendus lors de l'intervention. La seule étude incluse qui porte uniquement sur le point de vue des patients rapporte par ailleurs que ceux-ci considèrent que l'interprète doit transmettre l'information de manière neutre, confidentielle et sans jugement, mais qu'il joue aussi un rôle important afin de leur faciliter l'accès aux ressources du système de santé (Hadziabdic, Heikkilä, Albin, & Hjelm, 2009).

Trois des quatre guides de pratique retenus traitent de la définition du rôle de l'interprète (Betancourt, Renfrew, Green, Lopez, & Wasserman, 2012; Pumariega et al., 2013; US Department of Health and Human Services, 2013). Les travaux de Pumariega et al. (2013) et ceux de l'USDHHS (2013) indiquent que l'interprète est appelé à jouer plusieurs rôles : il doit interpréter, clarifier certaines spécificités culturelles et même parfois, selon l'USDHHS (2013), défendre l'utilisateur. Les travaux de Betancourt et al. (2012) vont dans le même sens en indiquant que bien que le rôle de l'interprète ait été traditionnellement défini comme se limitant à interpréter mot pour mot ce qui est dit, il est démontré que ces derniers peuvent jouer un rôle important dans la réduction des erreurs médicales compte tenu de leur point de vue unique dans l'intervention (Cohen, Rivara, Marcuse, McPhillips, & Davis, 2005; Divi, Koss, Schmaltz, & Loeb, 2007; Flores et al., 2003). Dans cette perspective, les travaux de Betancourt et al. (2012) indiquent qu'il faut valoriser le rôle de l'interprète et l'encourager à s'exprimer lorsqu'il perçoit des manques dans la communication ou la sensibilité culturelle entre l'intervenant et l'utilisateur. Selon ces travaux, permettre à l'interprète de jouer un rôle de courtier culturel comporte quatre avantages : aider l'intervenant à mieux comprendre les croyances et pratiques culturelles de l'utilisateur, aider l'utilisateur à comprendre la culture de l'intervenant, dissiper des incompréhensions culturelles entre l'utilisateur et l'intervenant et prévenir ainsi des erreurs qui pourraient s'en suivre et finalement, améliorer la communication entre l'utilisateur et l'intervenant. Cela dit, selon ce guide de pratique, trois difficultés peuvent également être rencontrées

lorsque l'interprète est aussi un courtier culturel : la confusion dans la limite des rôles de chacun lors de l'intervention, l'équilibre précaire entre défendre la sensibilité culturelle de l'utilisateur et maintenir l'objectivité et l'impartialité nécessaires à une intervention en interprétariat et finalement la résistance dans le milieu de la santé à laisser un interprète jouer son rôle de manière moins traditionnelle.

Tableau 4. Faits saillants des données issues des écrits scientifiques concernant le rôle de l'interprète

- Les points de vue divergent quant au rôle de l'interprète : il peut être vu comme neutre ou comme ayant un rôle de médiateur ou de courtier culturel.
- Il est nécessaire de clarifier le rôle de l'interprète avant l'intervention afin de favoriser la collaboration, la confiance, le respect et la reconnaissance des rôles de chacun.

Les préférences de l'utilisateur

Cinq revues principales (Azarmina & Wallace, 2005; Brisset et al., 2013; Hadziabdic & Hjelm, 2013; Karliner, Jacobs, Chen, & Mutha, 2007; Li, Pearson, & Escott, 2010) et quatre revues complémentaires (Alam, Speed, & Beaver, 2012; Cheng, Drillich, & Schattner, 2015; Wilson et al., 2012; Zeh, 2013) traitent des préférences des utilisateurs en ce qui a trait au choix d'un interprète. Ces informations peuvent être regroupées en trois catégories : les préférences concernant le type d'interprète (formel ou informel), celles concernant la modalité de l'intervention (en personne ou par téléphone) et les autres éléments à considérer concernant les préférences des utilisateurs.

Par ailleurs, deux des quatre guides de pratique abordent les préférences des utilisateurs (Betancourt et al., 2012; Ouimet, Trempe, Vissandjée, & Hemlin, 2013). L'information contenue dans le guide de Betancourt et al. (2012) est présentée dans la sous-section «Autres éléments à considérer». Le guide de Ouimet et al. (2013) se penche pour sa part sur les préférences des utilisateurs en lien avec le type d'interprète (formel ou informel), la modalité d'intervention (en présence ou par téléphone) de même qu'en lien avec les autres éléments à considérer.

Interprètes formels ou informels. Deux revues principales soulèvent la question de la préférence des utilisateurs entre les interprètes formels et informels (Azarmina & Wallace, 2005; Karliner et al., 2007). Ces deux revues présentent des résultats indiquant que les utilisateurs préfèrent les interprètes formels (Azarmina & Wallace, 2005; Karliner et al., 2007; Zeh, 2013). La revue menée par Azarmina & Wallace (2005) cite une étude stipulant que les utilisateurs d'une clinique ambulatoire se sont dits plus satisfaits des interventions menées par des interprètes formels en face à face que de celles où des amis ou des membres de la famille agissaient comme interprètes (Lee, Batal, Maselli, & Kutner, 2002). Cela dit, cette étude citée dans la revue d'Azarmina & Wallace (2005) indique que les utilisateurs se sont dits plus satisfaits des interventions où des amis ou des membres de la famille agissaient comme interprètes que des interventions menées avec un interprète formel par téléphone. Finalement, dans cette étude, l'utilisation du personnel médical à titre d'interprètes informels sans que ceux-ci aient été formés pour ce faire est l'option la moins satisfaisante pour les utilisateurs. La revue menée par Karliner et al. (2007) cite cinq études qui stipulent que les utilisateurs sont plus satisfaits des interventions avec des interprètes formels que de celles avec des interprètes informels, mais il n'est pas explicité si les interprètes informels dans ces études sont des membres de la famille, de la communauté ou du personnel médical (Hornberger, Itakura, &

Wilson, 1997; Karliner, Pérez-Stable, & Gildengorin, 2004; Kuo & Fagan, 1999; Lee et al., 2002; Ngo-Metzger et al., 2003).

Trois revues complémentaires traitent des préférences des usagers entre les interprètes formels et informels (Alam et al., 2012; Wilson et al., 2012; Zeh, 2013). La revue menée par Zeh (2013) cite quatre études indiquant que les usagers préfèrent les interventions avec des interprètes formels à celles menées en collaboration avec des amis, des membres de la famille ou des réceptionnistes de l'établissement de service (Fagerli, Lien, & Wandel, 2005; Rhodes, Nocon, & Wright, 2003; Rhodes & Nocon, 2003; Sedgwick, Pearce, & Gulliford, 2003). Par ailleurs, la revue menée par Wilson et al. (2012) présente les résultats d'une étude réalisée auprès de douze usagers Bengalis qui indiquent que ces derniers préfèrent utiliser des interprètes informels qui sont des membres de la famille parce qu'ils considèrent que cela permet une meilleure confidentialité et une meilleure compréhension commune (Rhodes & Nocon, 2003). Pour sa part, la revue menée par Alam et al. (2012), qui porte uniquement sur des usagers Bengalis, indique en discussion que les interprètes informels qui sont des membres de la famille sont souvent préférés aux interprètes formels. Cela dit, il est aussi mentionné dans cette discussion que les études incluses dans la revue fournissent peu d'information sur les caractéristiques de ces interprètes informels, par exemple leur âge, leur occupation ou leur niveau de littératie, alors que ces caractéristiques pourraient contribuer à mieux comprendre la préférence des usagers.

Parmi les quatre guides retenus, seul celui de Ouimet et al. (2013) se penche sur la préférence des usagers quant au type d'interprète (formel ou informel). Ce guide cite une étude indiquant que des parents ayant bénéficié des services d'une urgence pédiatrique ont dit préférer les services d'interprètes formels (en présence) à ceux d'interprètes informels et à ceux d'interprètes formels joints par téléphones (Garcia, Roy, Okada, Perkins, & Wiebe, 2004).

Interprètes en personne ou par téléphone. Seuls les travaux d'Azarmina & Wallace (2005) se penchent sur la préférence des usagers en ce qui concerne la présence de l'interprète en personne ou par téléphone. Les résultats de cette revue à ce propos sont mitigés. Parmi les sources citées, une indique une préférence des usagers pour la présence d'un interprète en personne (Kuo & Fagan, 1999) alors que deux indiquent que les usagers préfèrent une présence téléphonique (Hornberger et al., 1996; Lee et al., 2002) et qu'une autre indique que les niveaux de satisfaction sont similaires et adéquats dans les deux cas (Jones, Gill, Harrison, Meakin, & Wallace, 2003).

Ici encore, seul le guide de Ouimet et al. (2013) se penche sur la préférence des usagers quant à la modalité des services d'interprétariat (en présence ou par téléphone). Ce guide cite une étude indiquant que des parents ayant bénéficié des services d'une urgence pédiatrique ont dit préférer les services en présence d'interprètes formels à ceux d'interprètes formels par téléphone ou aux services d'interprètes informels (Garcia et al., 2004). Par ailleurs, ce guide cite une autre étude qui rapporte une satisfaction comparable des usagers pour les différentes modalités d'intervention : en personne, par téléphone ou visioconférence (Locatis et al., 2010).

Autres éléments à considérer. Trois revues principales abordent d'autres facteurs qui influencent les préférences et la satisfaction des usagers en matière d'intervention en interprétariat (Brisset et al., 2013; Li et al., 2010; Hadziabdic et Hjelm, 2013). Les travaux de Brisset et al. (2013) indiquent que peu importe que l'intervention soit menée par un interprète formel ou informel, l'engagement émotif de l'interprète joue un grand rôle dans la satisfaction de l'utilisateur (Larrison, Velez-Ortiz, Hernandez, Piedra, & Goldberg, 2010). Cela dit, ces mêmes travaux soulignent que les usagers sont ambivalents lorsqu'il s'agit d'établir le

niveau adéquat d'engagement émotif de la part d'un interprète. Les travaux de Li et al. (2010) stipulent que la satisfaction des usagers est liée à la concordance des genres et au niveau de familiarité de l'utilisateur avec l'interprète (Lipson, Weinstein, Gladstone, & Sarnoff, 2003; Spike, Smith, & Harris, 2011). Finalement, la revue menée par Hadziabdic & Hjelm (2013) appuie la conclusion concernant la concordance des genres entre l'interprète et l'utilisateur et spécifie que celle-ci est importante afin de faciliter la communication, mais aussi pour le respect de l'intégrité et de l'intimité de la personne, particulièrement lorsque l'intervention est en lien avec les régions intimes, notamment pour un suivi de grossesse ou pour des enjeux de santé gynécologique et sexuelle (Hadziabdic, Albin, Heikkilä, & Hjelm, 2010; Hadziabdic, 2011).

Une revue complémentaire, celle de Chen et al. (2015), indique en discussion que l'établissement d'une relation de confiance entre l'utilisateur et l'interprète, de même qu'une concordance de genre (Carroll et al., 2007) et la présence du même interprète à chaque visite de l'utilisateur sont des éléments qui permettent de diminuer les appréhensions de certains usagers à l'égard des interventions avec des interprètes formels. Deux des quatre guides de pratique abordent les préférences des usagers (Betancourt et al., 2012; Ouimet et al., 2013). Le guide de Ouimet et al. (2013) cite une étude de Schenker, Ettinger et Fernandez (2008) pour recommander que les intervenants tiennent compte des préférences de l'utilisateur dans la mise en œuvre de services d'interprétariat. Betancourt et al. (2012) vont plus loin en indiquant que certains usagers peuvent ne pas se sentir confortables de révéler leur barrière linguistique dans la langue d'accueil et que ce faisant, il est important d'offrir les services d'un interprète même lorsqu'au premier abord l'utilisateur semble pouvoir se débrouiller dans la langue d'accueil.

Tableau 5. Faits saillants des données issues des écrits scientifiques concernant les préférences de l'utilisateur

- Les usagers semblent, en général, préférer les interventions menées par des interprètes formels.
- Les résultats sont mitigés concernant les préférences des usagers en regard de la modalité d'intervention (interprète présent en personne ou par téléphone).
- La satisfaction des usagers est favorisée par : la concordance du genre entre l'interprète et l'utilisateur, l'établissement d'un lien de confiance entre l'interprète et l'utilisateur.

Les enjeux liés à la transmission de l'information

Douze revues (7 principales et 5 complémentaires) traitent des enjeux liés à la transmission de l'information entre l'utilisateur, l'interprète et l'intervenant (Alhomoud, Dhillon, Aslanpour, & Smith, 2013; Allford, Qureshi, Barwell, Lewis, & Kai, 2014; Azarmina & Wallace, 2005; Bauer & Alegría, 2010; Brisset et al., 2013; Cheng et al., 2015; Dilworth, Mott, & Young, 2009; Farooq, Kingston, & Regan, 2015; Fisher & Hinchliff, 2013; Hadziabdic & Hjelm, 2013; Karliner et al., 2007; Li et al., 2010). Ces douze revues se penchent sur les modifications dans le discours qui peuvent survenir lors de la transmission de l'information par l'interprète. De plus, parmi ces douze, six (4 principales et 2 complémentaires) parlent des éléments qui influencent la divulgation par l'utilisateur des informations pertinentes à l'intervention (Azarmina & Wallace, 2005; Bauer & Alegría, 2010; Cheng et al., 2015; Fisher & Hinchliff, 2013; Hadziabdic & Hjelm, 2013; Li et al., 2010). Par ailleurs, les quatre guides de pratique retenus traitent aussi des enjeux liés à la transmission de l'information entre l'utilisateur, l'interprète et l'intervenant (Betancourt et al., 2012;

Ouimet et al., 2013; Pumariega et al., 2013; US Department of Health and Human Services, 2013). Ils traitent tous des modifications ou erreurs qui peuvent survenir lors de l'intervention de l'interprète, mais seulement trois traitent aussi des enjeux liés à la divulgation de l'information (Betancourt et al., 2012; Ouimet et al., 2013; US Department of Health and Human Services, 2013).

Divulgation : interprètes formels ou informels. Trois revues principales traitent de l'influence du type d'interprète (formel ou informel) sur la divulgation de l'information (Bauer & Alegria, 2010; Farooq et al., 2015; Hadziabdic & Hjelm, 2013). La revue de Bauer & Alegria (2010) présente les résultats de deux études indiquant qu'une divulgation plus complète de l'information par l'utilisateur est observée dans les interventions menées en collaboration avec des interprètes formels, comparativement aux interventions menées sans interprètes ou avec des interprètes informels (Bischoff et al., 2003; Eytan et al., 2002). Une de ces deux études indique par ailleurs que lorsque lorsqu'un ami ou un membre de la famille agit comme interprète informel, l'utilisateur divulgue plus aisément les symptômes physiques que les symptômes psychologiques (Bischoff et al., 2003). La revue de Farooq et al. (2015) va dans le même sens en présentant les résultats d'une étude (Sadavoy, Meier, & Ong, 2004) qui souligne que lorsqu'un membre de la famille agit comme interprète, les usagers sont réticents à divulguer des informations de nature plus privées. Cette même étude présentée dans la revue de Farooq et al. (2015) souligne aussi que les usagers sont souvent hésitants à répondre aux questions d'un intervenant lorsqu'un jeune membre de la famille agit comme interprète, mais que ce sont souvent ces derniers qui peuvent agir à ce titre puisque leurs habiletés langagières dans la langue du pays d'accueil sont souvent plus grandes que celles de leurs aînés. Finalement, la revue menée par Hadziabdic & Hjelm (2013) indique que les résultats des études primaires qui y sont incluses sont mitigés : certaines études stipulent que les usagers se sentent en confiance et en sécurité en présence d'un interprète informel qui est un membre de la famille (Edwards, Temple, & Alexander, 2005; Kuo & Fagan, 1999; Rhodes & Nocon, 2003) alors que d'autres études démontrent que la présence de membres de la famille à titre d'interprète gêne certains usagers et hésitent à transmettre certaines informations à l'intervenant, notamment en matière de santé mentale (Hadziabdic et al., 2009; MacFarlane et al., 2009).

Par ailleurs, le guide de pratique de l'USDHHS (2013) indique que compte tenu de leur relation avec l'utilisateur, les interprètes informels provenant du réseau social de l'utilisateur peuvent compromettre la confidentialité (American Medical Association, 2006; Diamond & Jacobs, 2010) et créer une hésitation chez l'utilisateur à divulguer certaines informations sensibles. Le guide de Betancourt et al. (2012) abonde dans le même sens en affirmant que des enjeux de confidentialité peuvent restreindre la divulgation de certaines informations par l'utilisateur lorsqu'un membre de sa famille ou un ami agit comme interprète. Finalement, le guide de Ouimet et al. (2013) indique, en citant Bauer & Alegria (2010), que l'utilisation d'un interprète formel favorise l'ouverture de l'utilisateur face à l'intervenant.

Divulgation : interprètes en présence ou par téléphone. Deux revues principales traitent de l'influence de la modalité d'interprétariat (en présence ou par téléphone) sur la divulgation de l'information (Azarmina & Wallace, 2005; Li et al., 2010). La revue d'Azarmina & Wallace (2005) présente les résultats d'une étude expérimentale où l'interprétariat simultané par téléphone (grâce à des écouteurs), comparativement à l'interprétariat consécutif en présence, est associé à la production de 10% plus d'énoncés de la part des intervenants et 28% plus d'énoncés de la part des usagers (Hornberger et al., 1996). Cela dit, la revue de Li et al. (2010) indique que l'interprétariat par téléphone peut affecter la dynamique relationnelle entre l'utilisateur et l'intervenant et ainsi rendre difficile le développement d'une conversation en profondeur et nuire à la transmission de l'information (Jones & Gill, 1998).

Modification du discours : constats généraux. Une revue principale et trois revues complémentaires font des constats généraux quant à la modification du discours qui peut survenir lorsque l'interprète transmet l'information (Alhomoud et al., 2013; Allford et al., 2014; Cheng et al., 2015; Hadziabdic & Hjelm, 2013). La revue principale qui en traite, celle d'Hadziabdic & Hjelm (2013) présente les résultats de deux études où des usagers dont les membres de la famille ont agi comme interprètes se sont dit frustrés par certaines erreurs dans la transmission de l'information et par une incertitude concernant l'information qui leur avait été transmise en regard du traitement (Hadziabdic et al., 2009; MacFarlane et al., 2009). Les trois revues complémentaires vont dans le même sens. Celle d'Alhomoud et al. (2013) cite une étude qui souligne que certaines informations peuvent être perdues ou transformées lors de l'intervention de l'interprète (Chan, 2000). La revue menée par Allford et al. (2014) cite une étude indiquant que les usagers percevaient que les interprètes, formels ou informels, leur traduisaient seulement certaines des informations transmises par l'intervenant (Atkin, Ali, & Chu, 2009). Des résultats similaires sont présentés dans la revue de Cheng et al. (2015) qui indique que des usagers se disent préoccupés que les interprètes ne leur semblent pas transmettre l'intégralité de leurs propos à l'intervenant et, en contrepartie, ne leur expliquent pas adéquatement la teneur des concepts médicaux utilisés par l'intervenant (Morris, Popper, Rodwell, Brodine, & Brouwer, 2009; O'Donnell, Higgins, Chauhan, & Mullen, 2007; Palmer & Ward, 2007). Il n'est pas spécifié dans la revue de Cheng et al. (2015) si ces résultats portent sur des interventions menées par des interprètes formels, informels ou les deux.

Un des quatre guides de pratique sélectionnés, Pumariega et al. (2013) émet un constat général sur la transmission de l'information, à savoir que les interprètes devraient transmettre toute l'information donnée de manière intégrale qu'elle soit verbale, non verbale ou même implicite et qu'elle provienne de l'utilisateur ou d'un membre de sa famille (Pumariega, Rothe, & Rogers, 2009).

Modification du discours : Interprètes formels ou informels. Deux revues principales présentent des résultats comparant les modifications du discours par l'interprète selon qu'il s'agisse d'un interprète formel ou informel (Karliner et al., 2007; Li et al., 2010). Karliner et al. (2007) citent, dans leur revue, une des études citées dans la discussion de Dilworth et al. (2009) (Flores et al., 2003) de même qu'une autre étude (Prince & Nelson, 1995) afin de souligner que les erreurs dans la transmission de l'information sont moins fréquentes lorsque les interventions sont menées par des interprètes formels (en comparaison avec des interventions menées par des interprètes informels). Cela dit, la revue de Karliner et al. (2007) indique que le taux d'erreur des interprètes formels est néanmoins important (53% selon Flores et al., 2003). Finalement, la revue de Li et al. (2010) cite elle aussi l'étude de Flores et al. (2003) qui indique que les interprètes formels font moins d'erreurs cliniquement significatives que les interprètes informels (53% contre 77%).

Une revue complémentaire, celle de Dilworth et al. (2009), indique, en discussion, que les erreurs dans la transmission de l'information faites par les interprètes informels sont plus à même de causer des problèmes cliniquement significatifs (Baker, Parker, Williams, Coates, & Pitkin, 1996; Flores et al., 2003).

Par ailleurs, trois des quatre guides de pratique retenus se penchent les modifications ou erreurs dans la transmission de l'information par les interprètes formels et informels (Betancourt et al., 2012; Ouimet et al., 2013; US Department of Health and Human Services, 2013). Le guide de pratique de Betancourt et al. (2012) cite deux études indiquant que les membres du personnel d'un établissement qui agissent comme interprètes informels sont plus à même de faire des erreurs cliniquement significatives que des interprètes formels (Diamond, Schenker, Curry, Bradley, & Fernandez, 2009; Flores, Rabke-Verani, Pine, & Sabharwal, 2002). Ce guide mentionne aussi que les membres de la famille ou les amis qui agissent

comme interprètes informels peuvent ne pas bien comprendre toutes les nuances langagières ou culturelles et ne pas oser poser des questions pour clarifier ces incompréhensions. Aussi, puisque ces derniers ne sont pas formés en interprétariat, ils ne sont pas nécessairement conscients de la nécessité d'interpréter tout ce qui est dit intégralement sans paraphraser et de transmettre l'information en petite séquence plus facile à intégrer cognitivement (Wilson, Chen, Grumbach, Wang, & Fernandez, 2005). De plus, les interprètes informels issus du réseau social de l'utilisateur peuvent aussi, parce qu'ils ne sont pas neutres, être portés à ne pas transmettre certaines informations divulguées par l'utilisateur ou à y ajouter leur propre perspective. Le guide de pratique de l'USDHHS (2013) va dans le même sens en indiquant que la famille, les amis et le personnel de l'établissement n'ont généralement pas les habiletés requises pour agir à titre d'interprète (American Medical Association, 2006; Diamond & Jacobs, 2010) et que dans les cas où un membre du personnel de l'établissement utilise une langue seconde auprès d'un usager, dans ses propres interventions ou à titre d'interprète informel, l'établissement se doit d'avoir préalablement évalué la qualité de ses habiletés dans cette langue (Regenstein, Andres, & Wynia, In press). Finalement, le guide de Ouimet et al. (2013) cite une étude indiquant que sur 21 interventions menées en collaboration avec des interprètes informels, environ la moitié comportaient des erreurs cliniquement importantes dans la transmission de l'information (Elderkin-Thompson, Cohen Silver, & Waitzkin, 2001). Ce guide cite aussi deux études indiquant que l'utilisation d'interprètes formels réduit les risques de distorsion dans la transmission de l'information (Bauer & Alegría, 2010; Flores et al., 2003). Le guide de Ouimet et al. (2013) va dans le même sens que celui de l'USDHHS (2013) et souligne l'importance d'évaluer les compétences linguistiques du personnel de l'établissement lorsque celui-ci est appelé à agir à titre d'interprète (Huang, Ramos, Jones, & Regenstein, 2009; Moreno, Otero-Sabogal, & Newman, 2007; Verdinelli & Biever, 2009).

Modifications du discours : Interprètes en personne ou par téléphone. Trois revues principales traitent des modifications faites au discours par l'interprète en lien avec la modalité d'intervention : en personne ou par téléphone (Azarmina & Wallace, 2005; Hadziabdic & Hjelm, 2013; Karliner et al., 2007). La revue menée par Azarmina & Wallace (2005) cite une étude expérimentale qui démontre que des interventions d'interprétariat simultané par téléphone (grâce à des écouteurs) permettent de noter 13% moins d'erreurs dans la transmission de l'information, comparativement à l'interprétariat consécutif en présence (Hornberger et al., 1996). Cela dit, cette revue indique que les interprètes préfèrent les interventions en personne parce qu'ils estiment que de pouvoir voir l'utilisateur et l'intervenant est important. De plus, cette revue souligne que selon les interprètes une intervention par téléphone est plus exigeante en termes de compétences techniques (Hornberger et al., 1996). La revue de Karliner et al. (2007) va dans le même sens que celle d'Azarmina & Wallace (2005) et présente les résultats de cette même étude (Hornberger et al., 1996) qui mentionne une diminution du taux d'erreurs dans la transmission de l'information lorsque l'intervention en interprétariat est menée en simultanée par téléphone plutôt qu'en présence. La revue d'Hadziabdic & Hjelm (2013), indique pour sa part que comme le soulève la préférence des interprètes mentionnée par Azarmina & Wallace (2005), la perte du contact visuel et du langage corporel lors d'une intervention par téléphone comporte un risque supplémentaire de transformation ou d'erreur dans la transmission des informations (Garcia et al., 2004; Srivastava, 2007; Wadensjo, 1998b).

Deux guides de pratique traitent des modifications dans la transmission de l'information en lien avec la modalité d'intervention : Pumariega et al (2013) et Ouimet et al. (2013). Le guide de Pumariega et al. (2013) indique que les interventions par téléphone ne sont pas idéales puisqu'elles ne permettent pas de transmettre l'information issue du langage non verbal de l'utilisateur ou de l'intervenant. Le guide de Ouimet et al. (2013) cite quant à lui une étude soulignant que la qualité de l'interprétation est la même, qu'elle

soit menée en personne, par téléphone ou en visioconférence (Crossman, Wiener, Roosevelt, Bajaj, & Hampers, 2010).

Modifications du discours : autres éléments à considérer. Quatre revues principales et une revue complémentaire (Bauer & Alegría, 2010; Brisset et al., 2013; Farooq et al., 2015; Fisher & Hinchliff, 2013; Hadziabdic & Hjelm, 2013) présentent d'autres éléments à considérer pour bien comprendre les modifications qui peuvent être apportées au discours lors de la transmission de l'information par l'interprète : les habiletés langagières de l'interprète, sa compréhension de son rôle et son niveau de transparence et finalement le niveau de langage de l'intervenant et les spécificités de la langue de l'utilisateur.

Deux revues principales traitent de l'influence des habiletés langagières de l'interprète sur les modifications du discours qui peuvent se produire lorsqu'il transmet l'information (Bauer & Alegría, 2010; Hadziabdic & Hjelm, 2013). Bauer & Alegría (2010) s'appuient sur les résultats d'une étude pour indiquer que les interprètes qui sont moins à l'aise dans la langue de service (qui est l'anglais dans cette étude) font davantage d'erreurs dans la transmission de l'information (Gerard Drennan & Swartz, 2002). Hadziabdic & Hjelm (2013) vont dans le même sens en citant trois études qui soulignent que la qualité d'un interprète dépend de ses habiletés langagières et que ces habiletés peuvent varier, surtout chez les interprètes informels (Moreno et al., 2007; Srivastava, 2007; US Department of Health and Human Services, 2013).

Les modifications du discours faites par l'interprète lorsqu'il transmet l'information sont aussi influencées par la manière dont ce dernier perçoit son rôle dans l'intervention de même que par sa transparence durant l'intervention. Quatre revues principales se penchent sur ces éléments (Bauer & Alegría, 2010; Brisset et al., 2013; Farooq et al., 2015; Hadziabdic & Hjelm, 2013). Farooq et al. (2015) affirment, parmi les résultats-clés de leur revue, que les interprètes qui considèrent leur rôle comme celui d'un médiateur culturel ont tendance à modifier le discours de l'intervenant en paraphrasant, en changeant le format de certaines questions ou en ajoutant des questions. Pour leur part, Brisset et al. (2013) soulignent, en discussion, que les modifications du discours effectuées par un interprète ne doivent pas être toujours considérées comme des erreurs ou comme étant négatives : elles peuvent être nécessaires pour exprimer de l'empathie ou pour transmettre le discours de manière culturellement adéquate. Cela dit, Brisset et al. (2013) expliquent qu'afin d'assurer la qualité des soins, ces modifications doivent être faites de manière transparente, c'est-à-dire qu'elles ne devraient pas être faites de manière automatique et cachée par l'interprète. Par ailleurs, en matière de transparence, Hadziabdic & Hjelm (2013) précisent qu'il faut accepter qu'il est normal qu'un interprète ait parfois à se référer à un dictionnaire ou qu'il demande des spécifications ou des reformulations à l'intervenant ou à l'utilisateur lorsqu'il ne comprend pas bien la teneur de leur propos. En ce sens, Bauer & Alegría (2010) présentent les résultats d'une étude qui montre que des infirmières en psychiatrie agissant à titre d'interprètes informels ont une attitude moins transparente que les interprètes formels : lorsqu'elles ne comprennent pas les propos de l'utilisateur, plutôt que de le mentionner, elles portent un jugement sur la cohérence de l'utilisateur (Drennan & Swartz, 2002).

Finalement, les modifications du discours faites par l'interprète lorsqu'il transmet l'information sont aussi influencées par le niveau de langage de l'intervenant et les spécificités de la langue de l'utilisateur. Trois revues principales et une revue complémentaires se penchent sur ces éléments (Bauer & Alegría, 2010; Brisset et al., 2013; Fisher & Hinchliff, 2013; Hadziabdic & Hjelm, 2013). Une revue complémentaire, celle de Fisher & Hinchliff (2013) présente, concernant le niveau de langage de l'intervenant, les résultats de deux études qui indiquent que l'utilisation d'un langage spécialisé ou «médicalisé» peut poser problème

pour les interprètes qui n'ont pas d'expérience ou de formation spécifique au milieu de la santé (Bender, Harbour, Thorp, & Morris, 2001; Herrel et al., 2004). Par ailleurs, en ce qui a trait à la langue de l'utilisateur, cette revue explique que chaque langue ayant ses spécificités, il peut arriver que certains mots ou concepts ne trouvent pas d'équivalent exact d'une langue à l'autre. Cela est appuyé par une revue principale, celle d'Hadziabdic & Hjelm (2013), qui abonde dans le même sens en présentant, dans leur revue, les résultats d'une étude qui explique que certains mots et certaines phrases ne peuvent pas être traduits littéralement, avec le même nombre de mots ou la même structure, parce que les langues ne sont pas construites de manière identique (Tribe & Keefe, 2009). Cette revue indique aussi qu'il faut tenir compte, dans le choix de l'interprète, des spécificités culturelle et langagière de la région de provenance de l'utilisateur puisque des différences de provenance géographique ou ethnique peuvent influencer la capacité de l'interprète à communiquer adéquatement avec l'utilisateur (Mudakiri, 2003; Poss & Beeman, 1999). Deux autres revues principales abordent les spécificités langagières : Brisset et al. (2013) indiquent que certaines modifications au discours faites par l'interprète peuvent être nécessaires lorsque les équivalents n'existent pas d'une langue à une autre (Wadensjo, 1998a) et Bauer & Alegria (2010) présentent les résultats d'une étude qui montre que les modifications au discours seraient plus grandes lorsque l'utilisateur formule des phrases longues ou complexes.

Par ailleurs, trois des quatre guides de pratique présentent des éléments à considérer autres que le type d'interprète ou la modalité d'intervention pour bien comprendre les modifications ou erreurs qui peuvent avoir lieu dans la transmission de l'information entre l'utilisateur et l'intervenant (Betancourt et al., 2012; Ouimet et al., 2013; US Department of Health and Human Services, 2013). Deux guides traitent des habiletés langagières de l'interprète et du niveau de langage de l'intervenant (Betancourt et al., 2012; US Department of Health and Human Services, 2013). De plus, le guide de Betancourt et al. (2012) présente des situations d'intervention où le risque d'erreur est particulièrement élevé.

Concernant les habiletés langagières de l'interprète, le guide de pratique de l'USDHHS (2013) stipule qu'un interprétariat de qualité doit rendre les expressions et les nuances dans leur intégralité pour maintenir le message original et que pour ce faire l'interprète doit avoir un niveau élevé d'habiletés dans les deux langues. En ce sens, ce guide reprend certaines des qualifications d'un interprète établies par le National Health Law Program (2010) : des habiletés d'écoute active, des habiletés de transmission du message, des connaissances des régionalismes et des différents niveaux de langage dans les deux langues.

En ce qui a trait au niveau de langue de l'intervenant, le guide de pratique de Betancourt et al. (2012) de même que celui de l'USDHHS (2013) stipulent qu'une connaissance de la terminologie médicale est nécessaire pour l'interprète et que celle-ci est souvent manquante chez les interprètes informels provenant de la famille ou des amis de l'utilisateur.

Par ailleurs, le guide de pratique de Betancourt et al. (2012) ajoute un élément qui n'est considéré par aucun autre document retenu : les situations à haut risque d'erreur. Ces situations sont au nombre de cinq : la conciliation de la médication, la signature du congé, l'option d'un consentement éclairé, les interventions d'urgence et les chirurgies. Ce guide indique que lors de la conciliation de la médication, une attention particulière doit être portée à l'information concernant le mode d'administration de la médication, les allergies et les effets secondaires potentiels. Lors de la signature du congé, il faut s'assurer que l'information concernant la gestion de la condition médicale, les éléments pouvant nécessiter un suivi, les détails concernant les prochains rendez-vous et la gestion de la médication sont bien compris par l'utilisateur (The Robert Wood Foundation, 2007). Au moment d'obtenir le consentement de l'utilisateur pour une intervention, il faut s'assurer que l'utilisateur comprend bien l'information concernant les risques et les

choix d'interventions alternatives. Même si les interventions d'urgence nécessitent souvent une prise de décision rapide, il est nécessaire de s'assurer de la bonne transmission de l'information concernant les antécédents médicaux et chirurgicaux, la médication et les allergies. En ce qui concerne la chirurgie, il faut s'assurer que l'utilisateur ait bien saisi l'ensemble des procédures préparatoires (par exemple s'il doit être à jeun, s'il doit cesser ou débiter la prise de certains médicaments). Le médecin doit, pour sa part, s'assurer de détenir l'ensemble de l'information concernant les antécédents chirurgicaux de l'utilisateur, savoir s'il tolère bien l'anesthésie ou si l'utilisateur a des allergies. Ce guide recommande de mettre en place trois pratiques afin de favoriser une bonne transmission de l'information dans ces situations : s'assurer de la présence d'un interprète formel, fournir à l'utilisateur du matériel informatif dans sa langue et s'assurer que l'utilisateur a bien compris l'ensemble de l'information pertinente en lui demandant de la reformuler dans ses propres mots.

Tableau 6. Faits saillants des données issues des écrits scientifiques concernant les enjeux liés à la transmission de l'information

- Bien que certains usagers puissent se sentir plus en confiance lorsque l'interprète est un membre de la famille, en règle générale, la divulgation de l'information est généralement plus complète lorsque l'intervention est menée avec un interprète formel, surtout en ce qui a trait à de l'information de nature psychologique ou plus délicate.
- Bien que la qualité de la transmission de l'information soit comparable en personne et par téléphone, l'interprétariat par téléphone peut affecter la dynamique relationnelle ou mener à une perte d'information non verbale.
- Toutes les interventions en interprétariat peuvent mener à une perte ou une distorsion de l'information, mais les interprètes informels sont plus susceptibles de retenir, ajouter ou modifier de l'information ainsi que de faire des erreurs cliniquement significatives.
- Lorsque les interprètes informels sont des employés de l'établissement, leur compétence linguistique devrait avoir été évaluée.
- Les interprètes formels qui perçoivent qu'ils ont un rôle de médiateur culturel à jouer sont plus souvent portés à modifier ou ajouter des éléments au discours de l'utilisateur ou de l'intervenant. Cela peut être favorable à une intervention de qualité, mais ces ajouts ou modifications doivent toujours être faits de manière transparente.
- Chaque langue ayant des spécificités, il est parfois nécessaire pour l'interprète de modifier certaines formulations ou d'expliquer certains termes qui ne trouvent pas d'équivalent d'une langue à l'autre.
- Certains éléments dans la formulation du discours de l'utilisateur ou de l'intervenant peuvent favoriser une transmission fidèle de l'information : éviter les termes médicaux ou spécialisés, éviter les phrases longues ou complexes et laisser l'interprète traduire régulièrement.
- Un interprète provenant de la même région que l'utilisateur ou parlant le même dialecte sera plus à même de transmettre l'information dans toutes ses nuances.
- Les situations à haut risque d'erreur dans la transmission de l'information sont au nombre de cinq : la conciliation de la médication, la signature du congé, l'option d'un consentement éclairé, les interventions d'urgence et les chirurgies. Trois pratiques sont à mettre en œuvre afin de favoriser une bonne transmission de l'information dans ces situations : s'assurer de la présence d'un interprète formel, fournir à l'utilisateur du matériel informatif dans sa langue et s'assurer que l'utilisateur a bien compris l'ensemble de l'information pertinente en lui demandant de la reformuler dans ses propres mots.

L'accès et la logistique

Huit revues (4 principales et quatre complémentaires) abordent les enjeux d'accès ou de logistiques liés à la mise en œuvre d'une intervention en interprétariat (Alam et al., 2012; Alhomoud et al., 2013; Azarmina & Wallace, 2005; Farooq et al., 2015; Hadziabdic & Hjelm, 2013; Li et al., 2010; Wilson et al., 2012; Zeh, 2013). Parmi ces huit revues, cinq (une revue principale et quatre revues complémentaires) traitent de la difficulté pour les usagers d'avoir accès à un interprète informel dans leur réseau familial ou social (Alam et al., 2012; Alhomoud et al., 2013; Farooq et al., 2015; Wilson et al., 2012; Zeh, 2013). Par ailleurs, trois revues principales présentent des considérations d'accès et de logistique lorsque l'interprète est au téléphone ou lorsque l'interprète est présent en personne (Azarmina & Wallace, 2005; Hadziabdic & Hjelm, 2013; Li et al., 2010). Finalement, une revue principale, celle d'Azarmina & Wallace (2005), présente aussi d'autres éléments à considérer.

De plus, les quatre guides de pratique retenus mentionnent des enjeux d'accès et de logistiques (Betancourt et al., 2012; Ouimet et al., 2013; Pumariega et al., 2013; US Department of Health and Human Services, 2013). Le guide de l'USDHHS (2013) est le seul à traiter de l'accès à un interprète informel, alors que le guide de Pumariega et al. (2013) est le seul à traiter de l'accès à un interprète en regard de la modalité d'intervention (en présence ou par téléphone). Puis, les quatre guides de pratique présentent d'autres éléments à considérer en matière d'accès et de logistique dans la mise en œuvre d'une intervention en interprétariat.

Accès à un interprète informel. Une revue principale traite de la difficulté pour les usagers d'avoir accès à un interprète informel dans leur réseau familial ou social (Farooq et al., 2015). Cette revue indique qu'il est complexe, pour les usagers de trouver un membre de leur famille ou de leur réseau social qui soit disponible pour jouer ce rôle. Cela est appuyé par trois revues complémentaires (Alhomoud et al., 2013; Wilson et al., 2012; Zeh, 2013). Une autre revue complémentaire, celle d'Alam et al. (2012) indique, en citant six études, que les barrières linguistiques peuvent entraîner des délais dans l'utilisation des services de santé en lien avec l'absence de membres de la famille pouvant jouer le rôle d'interprète (Choudhury, Brophy, & Williams, 2009; Grace, Begum, Subhani, Kopelman, & Greenhalgh, 2008; Greenhalgh, Collard, & Begum, 2005; Greenhalgh, Helman, & Chowdhury, 1998; Merrell, Kinsella, Murphy, Philpin, & Ali, 2005; Rhodes et al., 2003).

Deux guides de pratique abordent les enjeux d'accès et de logistiques liés à l'utilisation d'interprètes informels : celui de l'USDHHS (2013) et celui de Ouimet et al. (2013). Le guide de l'USDHHS (2013) met en garde contre la perception que peuvent avoir les intervenants à savoir que les interprètes informels seraient plus disponibles et leur utilisation permettrait d'éviter une interruption ou des délais dans la prestation de service. Le guide de Ouimet et al. (2013), pour sa part, souligne que sur le plan de la logistique dans la gestion des ressources, l'utilisation d'employés bilingues comme interprètes informels n'est pas toujours l'utilisation la plus judicieuse des ressources en période de pénurie de main-d'œuvre (Battaglini, Alvarado, Poirier, & Caulet, 2005; Drennan, 1996).

Interprètes en présence ou par téléphone. Trois revues principales présentent des considérations d'accès et de logistique lorsque l'interprète est au téléphone ou lorsqu'il est présent en personne (Azarmina & Wallace, 2005; Hadziabdic & Hjelm, 2013; Li et al., 2010). Li et al. (2010) indiquent, de manière générale, que l'intervention téléphonique possède la vertu d'une plus grande accessibilité (Thom, 2008; Wadensjo, 1998a). En ce sens, Azarmina & Wallace (2005) spécifient que lorsque l'intervention d'interprétariat est menée par téléphone, elle serait liée à un moins grand temps d'attente (Paras, Leyva, Berthold, & Otake, 2002). Par ailleurs, cette revue explique que les résultats comparant la durée des interventions par

téléphone ou en personne sont mitigés (Fagan, Diaz, Reinert, Sciamanna, & Fagan, 2003; Hornberger et al., 1996). Cela dit, comme le souligne cette revue, puisque l'intervention par téléphone permet aux interprètes de réduire de manière substantielle le temps de gestion logistique de leurs activités, par exemple leur temps de déplacement ou d'attente entre les rendez-vous (Hornberger, 1998), il est fort probable qu'ils soient effectivement moins pressés lors d'une intervention par téléphone plutôt qu'en personne. Dans une autre perspective, la revue d'Hadziabdic & Hjelm (2013) souligne que les interventions par téléphone facilitent l'accès à un interprète en dehors des heures de bureau et pour des langues plus rares. Cela étant dit, cette même revue souligne que, lors d'une intervention par téléphone, la communication peut être gênée par de possibles bruits de fond (Hadziabdic et al., 2010, 2011) et qu'en ce sens, il est nécessaire de disposer d'un équipement de qualité et en bon état (Hadziabdic et al., 2009; Hadziabdic et al., 2010; Hadziabdic, 2011; Lee et al., 2002; Philips, 2010).

Deux guides présentent des enjeux liés à l'accès et à la logistique des interventions en interprétariat menées par téléphone : le guide de Pumariega et al. (2013) et celui de Ouimet et al. (2013). Le guide de pratique de Pumariega et al. (2013) appuie les constats faits par Hadziabdic & Hjelm (2013) à savoir que l'intervention téléphonique permet de faciliter l'accès à un interprète 24 heures sur 24 et dans une grande variété de langues. Le guide de Ouimet et al. (2013) appuie aussi ces constats. Ce guide cite toutefois que la mauvaise qualité du son peut parfois affecter l'appréciation d'une intervention d'interprétariat par téléphone (Locatis et al., 2010).

Autres éléments à considérer. Compte tenu du fait que les préférences des usagers peuvent varier, tel que mentionné dans la section portant sur ce sujet, une revue principale, celle d'Hadziabdic & Hjelm (2013) suggère que l'utilisation d'interprètes informels peut être considérée, mais que les usagers et leur famille devraient être impliqués dans le processus décisionnel et bien informés de la possibilité d'avoir accès gratuitement à un interprète formel s'ils le souhaitent (Hadziabdic et al., 2009; Hadziabdic, 2011; US Department of Health and Human Services, 2013). De plus, ces auteurs soulignent l'importance de consigner et de tenir à jour au dossier de l'utilisateur les informations concernant : 1) le niveau langagier de l'utilisateur dans la langue d'accueil; 2) les préférences de l'utilisateur quant à l'utilisation d'un interprète.

Dans la même perspective, le guide de Pumariega et al. (2013) indique que s'il n'est pas possible d'offrir à l'utilisateur les services d'un interprète formel en présence, d'autres options peuvent être envisagées (intervention d'un interprète formel par téléphone ou intervention avec un interprète informel), mais que le consentement éclairé de l'utilisateur doit être obtenu et idéalement, documenté. À ce propos, le guide de Betancourt et al. (2012), de même que celui de Ouimet et al. (2013) stipulent que l'utilisateur doit être informé de son droit d'accès aux services gratuits d'un interprète formel. De plus, le guide de Betancourt et al. (2012) suggère plusieurs pratiques permettant de documenter les besoins et les préférences des usagers concernant les services d'un interprète: prendre les informations pertinentes sur les besoins de l'utilisateur en matière d'interprétariat dès la prise de rendez-vous avec l'intervenant, s'assurer d'indiquer au dossier de l'utilisateur ses besoins et préférences, indiquer aussi les besoins et les préférences de l'utilisateur de manière bien visible pour l'ensemble des intervenants lors d'une hospitalisation, indiquer au dossier de l'utilisateur les informations relatives à l'interprète pour chacune des interventions menées (type d'interprète, modalité, etc.). Selon ce guide, des stressors liés à la mauvaise coordination des services d'interprétariat, par exemple le retard ou l'absence d'un interprète au moment de l'intervention, contribuent à l'utilisation d'interprètes informels non qualifiés (Ring, Herndon, & Meyer, 2010). Finalement, le guide de l'USDHHS (2013) souligne aussi l'importance de documenter la langue parlée par l'utilisateur et ses besoins en matière d'interprétariat dans son dossier de même que de façon plus accessible

pour les intervenants, par exemple sur une petite carte que l'utilisateur peut porter à la boutonnière (QSource, 2005).

Tableau 7. Faits saillants des données issues des écrits scientifiques concernant l'accès et la logistique

- Contrairement à ce que les intervenants peuvent être portés à croire, il n'est pas toujours aisé pour les usagers d'avoir accès à un membre de la famille ou de la communauté qui peut agir à titre d'interprète informel.
- L'intervention téléphonique favorise l'accès à des services d'interprétariat, particulièrement en dehors des heures de bureau et pour des langues plus rares.
- L'intervention téléphonique de l'interprète permet aussi à ce dernier de diminuer ses déplacements et par le fait même de réduire les temps d'attente.
- Les décisions quant au type d'interprète utilisé (formel ou informel), à la modalité de service (en personne ou par téléphone), de même que les besoins de l'utilisateur doivent être discutés avec ce dernier et consignés clairement au dossier.

Le respect de l'intégrité de l'utilisateur et de ses proches

Une revue principale et deux revues complémentaires traitent du respect de l'intégrité de l'utilisateur et de ses proches lors de la mise en œuvre d'une intervention en interprétariat (Alam et al., 2012; Allford et al., 2014; Hadziabdic & Hjelm, 2013).

Par ailleurs, trois guides de pratique mentionnent aussi des éléments à considérer en lien avec le respect de l'intégrité de l'utilisateur et de ses proches (Betancourt et al., 2012; Pumariega et al., 2013; US Department of Health and Human Services, 2013).

Interprètes formels ou informels. En ce qui concerne l'embauche d'un interprète formel, une revue principale, celle d'Hadziabdic & Hjelm (2013), explique qu'il faut tenir compte de l'appartenance de l'utilisateur et de l'interprète à des communautés ou associations culturelles ou religieuses puisqu'une appartenance commune pourrait être gênante en terme de respect de la vie privée de l'utilisateur (Kammarkollegiet, 2010; Kaufert & Plutsch, 1997). Par ailleurs, cette même revue souligne que par respect pour l'utilisateur, la discussion devrait se faire par l'intermédiaire de l'interprète tout au long de l'intervention, même si un proche de l'utilisateur parlant la même langue que l'intervenant est présent et que ces derniers discutent ensemble. De plus, cette revue souligne que lorsqu'un proche de l'utilisateur est amené à jouer le rôle de l'interprète, il risque de ne pas pouvoir jouer aussi adéquatement son rôle de soutien et de conseiller auprès de l'utilisateur (Hadziabdic, 2011; US Department of Health and Human Services, 2013).

Deux revues complémentaires traitent des nuances entre l'intervention d'un interprète formel et celle d'un interprète informel en regard du respect de l'intégrité de l'utilisateur et de ses proches. En ce qui concerne l'intervention d'interprètes informels provenant de la famille de l'utilisateur, Alam et al. (2012) soulignent que cela génère souvent, chez l'utilisateur, des préoccupations, une résistance et un sentiment de culpabilité liés à la lourdeur de cette responsabilité pour un proche, particulièrement lorsque c'est un des enfants (jeune ou moins jeune) de l'utilisateur qui est appelé à jouer ce rôle (Choudhury et al., 2009; Merrell et al., 2005; Rhodes et al., 2003). La revue d'Allford et al. (2014) abonde dans le même sens en indiquant

que jouer le rôle d'interprète informel peut générer du stress chez les proches de l'utilisateur (Atkin et al., 2009).

Par ailleurs, en ce qui concerne l'intégrité de l'utilisateur et de ses proches, le guide de pratique de l'USDHHS (2013) mentionne que lors d'une intervention avec un interprète formel, les besoins linguistiques de la famille ou des proches de l'utilisateur doivent aussi être considérés. Ce guide explique que les membres de la famille ou les proches de l'utilisateur sont souvent ceux qui accompagneront l'utilisateur dans son processus décisionnel ou dans son parcours de soins et qu'en ce sens, ils doivent, au même titre que l'utilisateur, bénéficier des services d'interprétariat appropriés pour être bien informés (National Health Law Program, 2010). Par ailleurs, concernant l'utilisation d'interprètes informels, le guide de l'USDHHS (2013) explique qu'il s'agit d'un rôle dont le poids ne devrait pas revenir aux membres de la famille dont le rôle doit plutôt être celui de soutenir et de conseiller l'utilisateur si ce dernier le souhaite. Ce guide indique aussi que lorsque les enfants de l'utilisateur sont appelés à jouer le rôle d'interprète, cela peut créer une tension dans la relation et générer un stress et des émotions négatives chez l'enfant (Flores, 2005, 2006; Jacobs, Kroll, Green, & David, 1996; Schenker et al., 2008). Le guide de Pumariega et al. (2013) abonde dans le même sens en indiquant que lorsqu'un enfant est appelé à jouer le rôle d'interprète (qu'il soit lui-même l'utilisateur ou qu'il joue ce rôle lorsque son parent est usager), on observe une hausse du stress familial, des risques de troubles de comportements internalisés et d'abus de substances chez les adolescents de même que des effets délétères sur les habiletés parentales et le fonctionnement académique de l'enfant (Martinez, McClure, & Eddy, 2008). Dans cette perspective, ce guide ajoute qu'en jouant le rôle d'interprète, l'enfant est en quelque sorte parentifié et que cela peut, à long terme, contribuer, particulièrement dans les familles immigrantes, à une diminution de l'autorité parentale et à une augmentation des conflits intergénérationnels (Pumariega & Rothe, 2010; Suarez-Orozco & Suarez-Orozco, 2001). Finalement, le guide de pratique de Betancourt et al. (2012) souligne que lorsqu'un membre de la famille agit comme interprète informel, il peut s'en suivre de lourdes conséquences psychologiques pour ce dernier si jamais une erreur de sa part dans la transmission de l'information contribue à une erreur médicale.

Interprètes en présence ou par téléphone. Seule une revue principale, celle d'Hadziabdic & Hjelm (2013) aborde un élément concernant l'intégrité des usagers en lien avec la modalité d'interprétariat. Cette revue mentionne que l'interprétariat par téléphone protège le sentiment de confidentialité de l'utilisateur, particulièrement lorsqu'il est question de sujets délicats ou qu'un examen physique est nécessaire.

Tableau 8. Faits saillants des données issues des écrits scientifiques concernant le respect de l'intégrité de l'utilisateur et de ses proches

- Certaines mesures peuvent être prises pour favoriser le respect de l'intégrité et de la vie privée de l'utilisateur :
 - si possible éviter l'embauche d'un interprète formel fréquentant les mêmes lieux de rassemblement ou la même communauté que l'utilisateur,
 - éviter de discuter avec un proche de l'utilisateur dans une langue que l'utilisateur ne comprend pas : toujours avoir recours au service de l'interprète
 - favoriser l'interprétariat par téléphone lorsqu'un examen physique est nécessaire.
- Lorsqu'un membre de la famille de l'utilisateur est appelé à agir à titre d'interprète informel, cela peut :
 - générer du stress chez cette personne et chez l'utilisateur
 - nuire au rôle de soutien ou de conseiller de ce proche auprès de l'utilisateur
 - créer des tensions et un stress familial
- Les besoins linguistiques de la famille ou des proches de l'utilisateur doivent aussi être considérés : les membres de la famille ou les proches de l'utilisateur sont souvent ceux qui accompagneront l'utilisateur dans son processus décisionnel et ils doivent au même titre que l'utilisateur, bénéficier des services d'interprétariat appropriés pour être bien informés.

Question 2 : À quelles stratégies l'intervenant peut-il recourir en cas d'absence d'interprètes ou de refus de l'utilisateur d'utiliser un interprète (formel ou informel)?

Bien qu'aucune des revues incluses dans cette ETMISSS n'aborde directement les stratégies à mettre en œuvre en l'absence d'interprète ou lors d'un refus de l'utilisateur, huit revues (deux revues principales et six revues complémentaires) présentent des stratégies complémentaires à l'interprétariat permettant de transmettre de l'information aux usagers (Alhomoud et al., 2013; Allford et al., 2014; Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding, & Normand, 2003; Dilworth et al., 2009; Henderson, Kendall, & See, 2011; Li et al., 2010; Wilson et al., 2012; Zeh, 2013). Ces stratégies peuvent être regroupées en sept catégories : la diffusion de documents écrits, la diffusion de matériel audiovisuel, l'utilisation de matériel graphique, l'utilisation d'ouvrages de références linguistiques, l'utilisation d'un langage simple et le soutien par internet.

Les quatre guides de pratique retenus abondent dans le même sens que les revues en traitant de stratégies d'information complémentaire à l'interprétariat. Les quatre guides de pratique se penchent sur la diffusion de documents écrits (Betancourt et al., 2012; Ouimet et al., 2013; Pumariega et al., 2013; US Department of Health and Human Services, 2013), alors que seul le guide de l'USDHHS (2013) traite de la diffusion de matériel audiovisuel et du soutien par internet et que seul le guide de Ouimet et al. (2013) traite de l'utilisation d'ouvrages ou d'outils de références linguistiques. Par ailleurs, deux guides : celui de Betancourt et al. (2012) et celui de Ouimet et al. (2013) se penchent sur l'utilisation d'un langage simple.

Utilisation et diffusion de documents écrits

Quatre revues complémentaires se penchent sur la diffusion de documents écrits et sur les effets de cette stratégie (Allford et al., 2014; Dilworth et al., 2009; Henderson et al., 2011; Zeh, 2013). Dans leur revue, Allford et al. (2014) font référence à la diffusion de dépliants pour sensibiliser les usagers aux risques liés

au cancer familial ainsi que pour faire connaître les services disponibles dans la communauté. Cette revue cite quatre études portant sur des interventions incluant cette stratégie parmi d'autres (Culver, Burke, Yasui, Durfy, & Press, 2001; Gulzar et al., 2007; Jacobs et al., 2007; Srinivasa et al., 2007). Ainsi, il n'est pas possible d'établir quels sont les effets directement attribuables à cette stratégie. Ces études soulignent que ces interventions augmentent l'utilisation de questionnaires d'autotriage, mais n'ont pas d'effets démontrés sur l'utilisation des services de santé. Par ailleurs, la revue de Dilworth et al. (2009) explique qu'en pharmacie, une des stratégies utilisées pour surmonter la barrière linguistique de l'utilisateur est de lui remettre un dépliant dans sa langue d'origine lui fournissant des informations sur le médicament qui lui est prescrit. Une autre stratégie utilisée par certains pharmaciens est l'impression informatisée des étiquettes de prescription dans la langue de l'utilisateur. Cela dit, cette revue ne présente aucune donnée sur l'évaluation de ces stratégies. Pour leur part, Henderson et al. (2011) présentent deux études mettant en place diverses stratégies de prévention, dont la diffusion de livrets et de dépliants portant sur les saines habitudes de vie et la santé cardio-vasculaire dans le cas de la première étude (Alcalay, Alvarado, Balcazar, Newman, & Huerta, 1999) et sur l'importance des tests de dépistages du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus dans le cas de la seconde étude (Jenkins et al., 1999). La première étude démontre une augmentation des connaissances sur les facteurs de risque et sur la prévention des maladies cardio-vasculaires, mais aucun changement au niveau des comportements (Alcalay et al., 1999). Par ailleurs, comme il s'agit d'une étude portant sur une intervention intégrant d'autres stratégies en plus de la diffusion de livrets, il n'est pas possible d'établir la part des effets attribuable à cette stratégie en particulier. La seconde étude démontre une augmentation, après deux ans, du nombre d'examen de dépistages dans la communauté ciblée, mais spécifie que les participants de l'étude ne sont tout de même pas à jour dans la passation de ces examens et que des interventions supplémentaires doivent être envisagées pour influencer les comportements en la matière. Par ailleurs, pour cette étude comme pour la précédente, il n'est pas possible de tirer des conclusions sur les effets attribuables spécifiquement à la stratégie de diffusion de documents écrits puisque l'intervention évaluée comportait une multitude de stratégies. Finalement, la revue de Zeh (2013) présente une étude (Rhodes et al., 2003) où des dépliants ont été remis aux usagers. Très peu d'informations sont présentées sur cette étude dans la revue, mais celle-ci souligne néanmoins l'importance de s'assurer que les usagers ont un niveau de littératie appropriée avant de mettre en œuvre une telle stratégie.

Les quatre guides de pratique sélectionnés traitent de la diffusion de documents écrits, mais aucun ne mentionne des résultats liés à l'évaluation d'une telle stratégie. Le guide de pratique de Betancourt et al. (2012) souligne l'importance de fournir aux usagers de la documentation dans la langue de leur choix, notamment concernant le consentement à une intervention, les procédures de préparation à une intervention de même que les instructions en lien avec le congé de l'utilisateur, les suivis et les soins postopératoires. Le guide de Pumariega et al. (2013) explique que tout document d'information de même que tout instrument ou questionnaire diagnostique devrait être traduit et que la validité et la fidélité pour le groupe culturel ciblé devraient être vérifiées grâce à des méthodes de validation psychométriques. Ce guide indique que les intervenants devraient être prudents dans leurs interprétations cliniques s'ils se basent sur du matériel diagnostique qui n'a pas été traduit et validé de manière méthodologiquement fiable (Pumariega et al., 2009; US Department of Health and Human Services, 1999). Quant au guide de l'USDHHS (2013), il explique que plusieurs organismes de littératie en santé créent et distribuent du matériel d'information, notamment sous forme de documents écrits et que ce matériel est spécialement conçu pour être aisément compris par les usagers (Brach et al., 2012). Cela dit, ce guide souligne que ce type de matériel doit être utilisé dans le cadre d'une stratégie d'information et non pas comme un substitut au service d'un interprète. Finalement, le guide de Ouimet et al. (2013) explique que l'utilisation de formulaires d'évaluation traduits peuvent aider l'intervenant à formuler certaines questions, mais

qu'en l'absence d'interprète, l'intervenant ne pourra comprendre les réponses que sommairement ou pas du tout et ce malgré l'utilisation d'un lexique (Han, Laranjo, & Friedman, 2009). Ce guide rapporte aussi que l'utilisation de tels documents peut induire l'utilisateur en erreur sur le niveau de compétence linguistique de l'intervenant et amener l'utilisateur à s'exprimer de manière trop complexe pour que l'intervenant puisse le comprendre, même s'il a des connaissances de base dans la langue de l'utilisateur (Lear, 2005). De plus, le guide de Ouimet et al. (2013) souligne certaines limites quant aux effets de la diffusion de documents écrits en citant une étude qui démontre que l'adhésion au traitement s'améliore uniquement si la diffusion de documents présentant les consignes dans la langue de l'utilisateur s'accompagne d'une explication des consignes par un interprète (Larizza, Wilson, & Dooley, 2009). Le guide de Ouimet et al. (2013) indique aussi que le taux d'analphabétisme des usagers dans leur langue d'origine peut être élevé et qu'en ce sens, l'utilisation de matériel audiovisuel est parfois plus appropriée (Tuffnell, Nuttall, Raistrick, & Jackson, 1994). Néanmoins, ce guide recommande de : «Rendre disponible du matériel clinique écrit facile à comprendre dans les langues les plus fréquemment rencontrées dans le milieu où est situé l'établissement».

Tableau 9. Faits saillants des données issues des écrits scientifiques concernant l'utilisation et la diffusion de documents écrits

- Il convient, avant de remettre aux usagers de la documentation écrite, de s'assurer qu'ils ont un niveau de littératie suffisante dans leur langue d'origine pour lire et comprendre l'information transmise.
- Il est important de fournir aux usagers de la documentation dans la langue de leur choix concernant le consentement à une intervention. Il peut aussi être important de le considérer afin de fournir à l'utilisateur de l'information concernant : les procédures de préparation à une intervention, les instructions en lien avec son congé, les suivis et les soins postopératoires.
- La diffusion de documents écrits peut favoriser l'acquisition de connaissances, mais ne suffit pas à influencer les comportements des usagers.
- Idéalement, les instruments ou questionnaires diagnostiques devraient être traduits et validés en regard de la culture de la clientèle cible grâce à des méthodes de validation psychométriques. Les intervenants doivent être prudents dans leurs interprétations cliniques s'ils se basent sur du matériel diagnostique qui n'a pas été traduit et validé de manière méthodologiquement fiable.

Diffusion de matériel audiovisuel

Une revue principale traite de la diffusion de matériel audiovisuel et des effets de cette stratégie (Anderson et al., 2003). Cette revue cite quatre études ayant mis en place des stratégies de diffusion de matériel audiovisuel : trois portant sur les connaissances, les attitudes et les comportements en lien avec le VIH (Herek et al., 1998; Kalichman, Kelly, Hunter, Murphy, & Tyler, 1993; Stevenson & Davis, 1994) et une portant sur les connaissances et les comportements en matière de tabagisme (Sussman et al., 1995). Le matériel audiovisuel diffusé dans ces quatre études incluait des messages développés spécifiquement pour les communautés culturelles ciblées, ainsi qu'une concordance ethnique et vestimentaire entre les acteurs et les usagers ciblés. Une des quatre études citées (Kalichman et al., 1993) rapporte des effets au niveau des comportements de dépistage du VIH. Les autres études (Herek et al., 1998; Stevenson & Davis, 1994; Sussman et al., 1995) incluaient des mesures de la satisfaction par rapport à la pertinence culturelle

du matériel diffusé. À ce niveau, une des études rapporte que la satisfaction à l'égard du matériel est plus grande lorsque ce matériel est estimé pertinent culturellement (Stevenson & Davis, 1994) alors qu'une autre étude rapporte qu'aucune préférence n'a été détectée entre le matériel ayant un format culturel spécifique en comparaison avec du matériel standard (Sussman et al., 1995). Cela dit, cette revue conclut que les données probantes ne sont pas suffisantes pour déterminer l'efficacité de ces stratégies.

Deux revues complémentaires s'intéressent à la diffusion de matériel audiovisuel et des effets de cette stratégie (Dilworth et al., 2009; Henderson et al., 2011). La revue de Dilworth et al. (2009) indique que peu de ressources alternatives sont disponibles pour permettre aux pharmaciens d'intervenir en contexte de barrière linguistique et propose différentes stratégies, dont la diffusion de matériel audiovisuel. Cette revue souligne toutefois qu'aucune des stratégies qu'elle propose n'a été évaluée. La revue d'Henderson et al. (2011), tel qu'indiqué précédemment, présente deux études portant sur des interventions incluant diverses stratégies de prévention. Ces interventions incluent, notamment, la diffusion de matériel audiovisuel. La première étude démontre une augmentation des connaissances sur les facteurs de risque et sur la prévention des maladies cardio-vasculaires, mais aucun changement au niveau des comportements (Alcalay et al., 1999). Par ailleurs, comme il s'agit d'une étude portant sur une intervention intégrant diverses stratégies, il n'est pas possible d'établir la part des effets attribuable à la diffusion du matériel audiovisuel. La seconde étude démontre une augmentation, après deux ans, du nombre d'exams de dépistage dans la communauté ciblée, mais spécifie que les participants de l'étude ne sont tout de même pas à jour dans la passation de ces examens et que des interventions supplémentaires doivent être envisagées pour influencer les comportements en la matière (Jenkins et al., 1999). Par ailleurs, pour cette étude comme pour la précédente, il n'est pas possible de tirer des conclusions sur les effets attribuables spécifiquement à la stratégie de diffusion de documents audiovisuels puisque l'intervention évaluée comportait une multitude de stratégies.

Seul le guide de pratique de l'USDHHS (2013) traite de la diffusion de matériel audiovisuel. Ce guide, comme il le fait concernant la diffusion de documents écrits, stipule que plusieurs organismes de littératie en santé créent et distribuent ce type de matériel spécialement conçu pour être aisément compris par les usagers (Brach et al., 2012). Encore ici, ce guide rappelle que ce type de matériel doit être utilisé dans le cadre d'une stratégie d'information et non pas comme un substitut au service d'un interprète.

Tableau 10. Faits saillants des données issues des écrits scientifiques concernant la diffusion de matériel audiovisuel

- Les résultats concernant l'efficacité des stratégies de diffusion de matériel audiovisuel pour favoriser l'acquisition de connaissances et les changements d'attitude et de comportement sont mitigés.

Utilisation de matériel graphique

Trois revues complémentaires traitent de l'utilisation de matériel graphique pour transmettre de l'information aux usagers (Alhomoud et al., 2013; Dilworth et al., 2009; Wilson et al., 2012). Les revues d'Alhomoud et al. (2013) et de Dilworth et al. (2009) suggèrent toutes les deux que l'utilisation de pictogrammes ou de photos pourrait permettre de transmettre de l'information aux usagers sur leur médication et la gestion de celle-ci, notamment lorsque les usagers ont une faible littératie. Cela dit, il est

spécifié dans ces deux revues qu'aucune étude n'a été recensée qui évalue une telle stratégie. Par ailleurs, la revue de Wilson et al. (2012) cite trois études indiquant que l'utilisation de pictogrammes fournissant de l'information aux usagers sur la gestion de leur taux de glycémie permet d'observer une amélioration des connaissances de ces derniers, particulièrement lorsque le matériel est présenté à l'utilisateur par un intervenant formé et en rencontre individuelle (Hawthorne & Tomlinson, 1997; Hawthorne, 2001; Stone et al., 2008).

Tableau 11. Faits saillants des données issues des écrits scientifiques concernant l'utilisation de matériel graphique

- Les résultats concernant l'efficacité des stratégies d'utilisation de matériel graphique sont trop peu nombreux pour pouvoir se prononcer sur la pertinence de mettre en place une telle stratégie.

Utilisation d'ouvrages ou d'outils de références linguistiques

Seule une revue complémentaire, celle de Dilworth et al. (2009) mentionne l'utilisation par les intervenants d'ouvrages ou d'outils de références linguistiques tels que des dictionnaires ou des outils de traduction en ligne. Selon cette revue, bien que ces outils puissent paraître utiles en théorie, ils peuvent générer de la confusion et mener à des traductions inadéquates lorsqu'utilisés par un intervenant n'ayant aucune connaissance de la langue ciblée. Cela dit, cette revue ne cite aucune étude ayant évalué cette stratégie.

Par ailleurs, le guide de Ouimet et al. (2013) cite une étude indiquant que suite à l'évaluation de lexiques destinés aux professionnels en santé mentale et aux travailleurs sociaux, des réserves ont été formulées quant à l'utilisation de tels outils, mais en mentionnant néanmoins que ceux-ci peuvent être utiles lorsqu'accompagnés de cours de langue (McLaughlin & Rogers, 2006).

Tableau 12. Faits saillants des données issues des écrits scientifiques concernant l'utilisation d'ouvrages ou d'outils de références linguistiques

- Les résultats concernant l'efficacité des stratégies d'utilisation d'ouvrages ou d'outils de références linguistiques sont peu nombreux, mais portent à croire que ceux-ci peuvent générer de la confusion et mener à des traductions inadéquates et que leur utilisation devrait avoir lieu lorsque l'intervenant a déjà des connaissances ou suit des cours de langue.

Utilisation d'un langage simple

Parmi les revues retenues, seule une revue principale, celle de Li et al. (2010), propose comme stratégie l'utilisation d'un langage simple lorsque l'utilisateur et l'intervenant ont une langue en commun. Cette revue indique qu'il est rare qu'un usager n'ait aucune notion de base de la langue dans laquelle les services sont offerts et que, dans cette perspective, l'intervenant et l'utilisateur peuvent tenter de communiquer dans cette langue, avec un langage simple. Cela dit, cette revue souligne qu'il s'agit d'une stratégie qui n'est

généralement pas encouragée dans les écrits scientifiques et que le risque d'erreurs dans la communication est grand.

Deux guides traitent de l'utilisation d'un langage simple lorsque l'intervenant et l'utilisateur ont au moins des connaissances de base dans une langue commune : le guide de Betancourt et al. (2012) et celui de Ouimet et al. (2013). Le guide de Betancourt et al. (2012) met en garde contre l'utilisation d'un langage simple comme stratégie alternative à l'utilisation des services d'interprétariat. Ce guide indique que se fier aux habiletés limitées de l'utilisateur ou de l'intervenant dans une langue donnée pour communiquer dans cette langue avec un langage de base augmente les risques d'erreur clinique (Diamond et al., 2009; Ring et al., 2010). Ce guide indique cependant qu'il s'agit d'une stratégie fréquemment utilisée par les intervenants (Diamond et al., 2009; Ring et al., 2010). Il est expliqué que si cette stratégie amène l'intervenant à intervenir dans une langue autre que sa langue maternelle, cela peut créer une surcharge cognitive chez l'intervenant qui, en plus de son travail clinique, doit faire appel à ses connaissances langagières. De plus, l'intervenant peut avoir tendance à présumer de la compréhension de l'utilisateur sur la base de signes non verbaux tels qu'un signe de tête ou un sourire. Ces deux éléments contribuent, selon ce guide, à augmenter le risque d'erreur lorsque l'intervenant ou l'utilisateur se fie aux connaissances de base d'une langue plutôt que de faire appel au service d'un interprète. Le guide indique qu'en l'absence d'un interprète, les habiletés langagières de l'intervenant devraient avoir été vérifiées par l'établissement et que ce dernier devrait demander à l'utilisateur de reformuler dans ses mots les contenus clés de l'intervention afin de s'assurer que ces éléments ont bien été compris par l'utilisateur. Le guide de Ouimet et al. (2013) abonde dans le même sens : l'utilisation d'un langage simple pour communiquer avec l'utilisateur dans une langue commune est une stratégie à utiliser avec parcimonie. Ce guide suggère, en citant (Schenker et al., 2008), qu'en l'absence de ressource d'interprétariat, l'intervenant peut utiliser une telle stratégie si la situation clinique de l'utilisateur requiert une intervention immédiate, mais il doit tout au long de l'intervention valider la compréhension de l'utilisateur avec ce dernier et un interprète devra être appelé aussitôt que possible afin de valider les informations communiquées et comprises jusque-là pour éviter les erreurs médicales. Le guide de Ouimet et al. (2013) souligne que l'intervenant, lorsqu'il utilise une telle stratégie, doit non seulement s'assurer d'une transmission adéquate des informations cliniques, mais qu'il doit aussi avoir suffisamment d'habiletés langagières pour pouvoir transmettre son empathie à l'utilisateur, particulièrement dans des situations cliniques délicates. Par ailleurs, ce guide indique, comme celui de Betancourt et al. (2012), que les intervenants qui agissent dans une langue autre que leur langue maternelle peuvent devenir préoccupés par la maîtrise de la langue et que cela peut affecter leur prestation clinique (Verdinelli & Biever, 2009). En ce sens, ce guide mentionne aussi qu'il faut distinguer le bilinguisme d'un intervenant en situation d'intervention et lorsque du contenu médical doit être transmis d'un bilinguisme suffisant pour transmettre du contenu non médical. Le guide de Ouimet et al. (2013) cite une étude démontrant que parmi 840 employés d'un établissement de santé qui se disaient bilingues, seuls 77% étaient suffisamment bilingues pour transmettre du contenu médical ou spécialisé, mais qu'une grande part du 23% restant était suffisamment bilingue pour transmettre du contenu non médical (Moreno et al., 2007). Dans cette perspective, le guide réitère l'importance d'évaluer les compétences linguistiques des intervenants qui se déclarent bilingues avant de faire appel à ces compétences linguistiques (Huang et al., 2009; Moreno et al., 2007; Verdinelli & Biever, 2009). Finalement, ce guide spécifie que lorsque les ressources en interprétariat sont limitées, la priorité doit être déterminée en tenant compte du niveau de barrière linguistique et du profil clinique de l'utilisateur.

Tableau 13. Faits saillants des données issues des écrits scientifiques concernant l'utilisation d'un langage simple

- Lorsque l'intervenant et l'utilisateur ont des bases dans une langue commune, en l'absence d'interprète, l'utilisation d'un langage simple pour communiquer dans cette langue peut être envisagée. Cela dit, le risque d'erreur dans la communication est grand.
- L'utilisation d'un langage simple dans une langue commune entre l'intervenant et l'interprète doit être une stratégie temporaire ou de dernier recours : un interprète doit être appelé aussitôt que possible afin de valider les informations communiquées et comprises jusque-là pour éviter les erreurs médicales.
- Les compétences linguistiques des intervenants qui interviennent dans une autre langue que leur langue maternelle devraient être évaluées.
- Lorsque l'intervenant et l'utilisateur, en l'absence d'interprète, communiquent dans une langue commune via un langage simple, l'intervenant doit fréquemment demander à l'utilisateur de reformuler l'information transmise dans ses propres mots pour s'assurer de la compréhension de ce dernier.
- L'intervention dans une autre langue que sa langue maternelle peut créer une surcharge cognitive chez l'intervenant qui est amené à se concentrer sur ses habiletés langagières au détriment de l'intervention.

Soutien par internet

Trois revues complémentaires mentionnent l'offre de soutien par internet aux usagers (Allford et al., 2014; Dilworth et al., 2009; C. Wilson et al., 2012). La revue d'Allford et al. (2014) fait référence à quatre études où des interventions comportant plusieurs stratégies, dont du soutien par internet, ont été mises en œuvre pour sensibiliser les usagers aux risques liés au cancer familial ainsi que pour faire connaître les services disponibles dans la communauté (Culver et al., 2001; Gulzar et al., 2007; Jacobs et al., 2007; Srinivasa et al., 2007). Ces interventions mènent à l'augmentation de l'utilisation de questionnaires d'autotriage, mais n'ont pas d'effets démontrés sur l'utilisation des services de santé. Cela étant dit, puisque ces études portent sur l'évaluation d'intervention comportant une multitude de stratégies, il n'est pas possible de déterminer quelle part de ces effets est attribuable au soutien par internet. Pour leur part, les revues de Dilworth et al. (2009) et de Wilson et al. (2012) proposent le soutien par internet comme une stratégie qui pourrait permettre de transmettre de l'information aux usagers en contexte de barrière linguistique, mais ces revues ne citent aucune étude portant sur l'évaluation d'une telle stratégie.

Par ailleurs, le guide de pratique de l'USDHHS (2013) mentionne, comme il le fait pour la diffusion de documents écrits et de matériel audiovisuel, que plusieurs organismes de littératie en santé créent et distribuent du matériel conçu pour être aisément compris par les usagers et pouvant être diffusé sur les réseaux sociaux (Brach et al., 2012). Encore ici, ce guide rappelle que ce type de matériel doit être utilisé dans le cadre d'une stratégie d'information et non pas comme un substitut au service d'un interprète.

Tableau 14. Faits saillants des données issues des écrits scientifiques concernant le soutien par internet

- Les stratégies de soutien par internet sont une avenue à explorer, mais les résultats d'évaluation sur ces stratégies sont manquants ou peu solides.

Question 3 : Quels éléments devraient définir la formation continue des intervenants qui travaillent en présence d'interprète?

Cinq revues (trois revues principales et deux revues complémentaires) se penchent sur la formation continue des intervenants en matière d'intervention avec des interprètes (Allford et al., 2014; Bereknyei, 2012; Brisset et al., 2013; Farooq et al., 2015; Henderson et al., 2011). Alors que les cinq traitent des contenus qui devraient être intégrés dans cette formation continue, seulement deux traitent des modalités d'une telle formation (Bereknyei, 2012; Henderson et al., 2011).

Deux des trois guides de pratique retenus traitent de la formation continue des intervenants (Betancourt et al., 2012; US Department of Health and Human Services, 2013). Les informations présentées dans les guides de pratique peuvent être regroupées à travers les deux mêmes thématiques de contenu que celles présentées dans les revues.

Contenu de formation : apprendre à travailler avec des interprètes

Trois revues principales (Bereknyei, 2012; Brisset et al., 2013; Farooq et al., 2015) mentionnent qu'une des thématiques qui doit être abordée est le travail en collaboration avec des interprètes. La revue de Brisset et al. (2013) mentionne, en discussion, qu'il est important de former les intervenants et les interprètes à travailler en équipe et qu'il est nécessaire que les intervenants soient sensibilisés à la complexité du rôle des interprètes et qu'ils soient formés pour mieux gérer différentes situations pouvant survenir et différents types d'interprètes. Pour leur part, Farooq et al. (2015) donnent un peu plus de détails et soulignent, en discussion, que la compétence et la familiarité des intervenants avec l'utilisation des services d'interprétariat sont très importantes. Plus spécifiquement, cette revue indique qu'il doit être expliqué aux intervenants que de petites choses peuvent grandement contribuer à diminuer les risques d'erreur, par exemple : parler lentement, utiliser des phrases courtes et ne pas utiliser de jargon médical. Cette revue indique aussi que les intervenants doivent être sensibilisés à l'importance des rencontres pré et post intervention avec l'interprète. Lors d'une rencontre pré-intervention, l'intervenant doit pouvoir informer l'interprète de l'objectif de l'intervention, des sujets qui y seront traités et d'éventuels propos ou gestes délicats qui pourraient survenir lors de l'intervention. Il peut aussi être nécessaire pour l'intervenant, lors de l'entretien pré-intervention, d'aborder avec l'interprète l'importance de la confidentialité et les enjeux liés à la modification du discours de l'utilisateur. Concernant l'entretien post-intervention, l'intervenant doit être préparé à faire un retour avec l'interprète sur les discussions et la dynamique de l'intervention afin d'apporter toutes les clarifications nécessaires. Puis, toujours selon la discussion de la revue de Farooq et al. (2015), l'intervenant doit savoir qu'il doit adresser son propos directement à l'utilisateur et non à l'interprète afin de favoriser la relation avec l'utilisateur et qu'une intervention en interprétariat peut prendre jusqu'à deux fois plus de temps qu'une intervention sans barrière linguistique et que la patience est de mise pour l'intervenant comme pour l'interprète. La troisième revue à traiter de l'apprentissage du travail en collaboration entre les intervenants et les interprètes, celle de Bereknyei et al. (2012), est la seule à présenter des résultats sur l'évaluation des

formations à ce sujet. Cette revue indique que la formation portant sur les habiletés de communication des intervenants lorsqu'ils travaillent en équipe avec un interprète a un effet limité, mais détectable sur la compétence des intervenants, mais que l'impact sur les usagers se limite à l'augmentation de leur satisfaction. Par ailleurs, l'hétérogénéité des contenus et des modalités des formations de même que des mesures d'effet utilisées dans les différentes études font en sorte qu'il est difficile d'attribuer les effets à des éléments spécifiques.

Deux revues complémentaires se penchent sur la formation des interventions pour favoriser la collaboration avec les interprètes (Allford et al., 2014; Henderson et al., 2011). La revue d'Allford et al. (2014) stipule qu'il est prioritaire de former les intervenants et les interprètes à une meilleure communication en triade avec l'utilisateur, particulièrement lorsque l'intervention est menée en lien avec des sujets complexes ou délicats (Kai, Beavan, & Faull, 2011). La revue d'Henderson et al. (2011) présente une étude ayant examiné l'efficacité d'une formation de deux mois portant sur le développement d'habiletés de communications chez les intervenants conclut à l'augmentation des consultations par les usagers et à une plus grande satisfaction de ces derniers, notamment en regard de la plus grande clarté des informations fournies par l'intervenant (Bischoff et al., 2003). Cela dit, la revue ne rapporte aucune information précise sur le contenu de cette formation.

Trois des quatre guides de pratique sélectionnés traitent de la nécessité, pour les intervenants, d'apprendre à mieux travailler avec des interprètes (Betancourt et al., 2012; Ouimet et al., 2013; US Department of Health and Human Services, 2013). Dans le cadre de ses recommandations afin de prévenir les erreurs médicales lors d'interventions en situation de barrière linguistique, le guide de Betancourt et al. (2012) indique que les intervenants doivent être formés à l'utilisation des services d'interprétariat. Ce guide propose six éléments de contenu pour une telle formation :

- 1) évaluer les besoins en interprétariat;
- 2) connaître les procédures de l'établissement concernant les services d'interprétariat;
- 3) comprendre le rôle de l'interprète;
- 4) savoir comment collaborer avec un interprète;
- 5) savoir comment accéder aux services d'un interprète et
- 6) être conscient du niveau de littératie médicale de l'interprète et de l'utilisateur.

Concernant l'évaluation des besoins, le guide indique que les intervenants doivent être sensibilisés aux risques d'utiliser des interprètes informels ou de ne pas faire appel aux services d'interprétariat lorsque l'utilisateur en a besoin. À propos de la nécessité de connaître les procédures de l'établissement, le guide souligne que les intervenants doivent être en mesure d'expliquer à l'utilisateur qu'il a la possibilité de bénéficier des services gratuits d'un interprète formel. Les intervenants doivent aussi être informés qu'en aucun cas, un mineur ne devrait être appelé à jouer le rôle d'interprète. En ce qui a trait au rôle de l'interprète, les intervenants doivent comprendre le rôle élargi que peut être amené à jouer l'interprète, par exemple à titre de courtier culturel ou de défenseur des droits de l'utilisateur. Ils devraient aussi être familiarisés aux normes éthiques qui régissent la pratique des interprètes et être mieux outillés pour créer, avec l'interprète, une dynamique de collaboration dans laquelle l'interprète est un membre à part entière de l'équipe d'intervention. Concernant la collaboration avec l'interprète, les intervenants devraient : être formés pour expliquer aux usagers pourquoi il est préférable de faire appel à un interprète formel, être sensibilisés à l'importance de la courtoisie et du professionnalisme dans la collaboration avec un interprète; être formés à l'utilisation d'outils de communication structurés en équipe, tels que des outils permettant de formaliser les objectifs de l'intervention ou la compréhension des rôles de chacun. À propos de l'accès aux services d'interprétariat, les intervenants doivent savoir

quels sont les mécanismes d'accès et de planification à l'avance de tels services et connaître les ressources alternatives si les services d'un interprète en présence ne sont pas disponibles (interprétariat par téléphone, par exemple). Finalement, en matière de littérature médicale, les intervenants doivent savoir que lors d'une intervention en interprétariat, il est nécessaire d'éviter l'utilisation d'un jargon médical et de privilégier une communication simple et claire. Pour sa part, le guide de pratique de l'USDHHS (2013) recommande que les intervenants soient formés sur les responsabilités de chacun dans le cadre d'une intervention en interprétariat, sur la collaboration avec les interprètes et sur l'utilisation des services d'interprétariat, notamment comment y accéder et quelles sont les procédures et les politiques en place dans l'établissement à cet effet. Ce guide recommande aussi que les intervenants soient formés pour reconnaître et prévenir les conflits et les potentiels motifs de plainte concernant les services en interprétariat et qu'ils connaissent les procédures liées à la formulation de rétroactions et de plaintes. Finalement, le guide de Ouimet et al. (2013) cite de nombreuses études soulignant la pertinence de sensibiliser les intervenants à l'importance de la bonne communication en situation de barrière linguistique et de les former à l'utilisation des services d'interprétariat (Bereknyei et al., 2010; Bowen, 2001; Huang et al., 2009; Karliner et al., 2004). En ce sens, ce guide cite une étude ayant démontré que la fréquence d'utilisation des services d'interprétariat et la satisfaction des intervenants à l'égard de ces services augmentent lorsque ceux-ci sont formés à l'utilisation de ces services (Karliner et al., 2004). Le guide de Ouimet et al. (2013) se base sur une revue de littérature de l'Institut de recherche de la Fondation médicale de Palo Alto (Diamond & Jacobs, 2010) pour suggérer cinq éléments pouvant être abordés en formation afin de faciliter l'intervention en collaboration avec un interprète :

- 1) sensibilisation aux enjeux des barrières linguistiques dans l'offre de soins et de services de santé;
- 2) compréhension des raisons pour lesquelles les barrières linguistiques sont susceptibles d'engendrer des inégalités de santé chez les usagers ayant une connaissance limitée de la langue majoritaire;
- 3) développement d'aptitudes à utiliser efficacement les services d'un interprète;
- 4) développement d'habiletés à reconnaître une séance d'interprétation qui ne fonctionne pas bien;
- 5) développement d'un jugement critique quant à la pertinence d'utiliser leurs propres compétences linguistiques auprès d'usagers ayant une connaissance limitée de la langue majoritaire.

De plus, toujours selon cette revue de Diamond & Jacobs (2010) que citent Ouimet et al (2013), les intervenants devraient être formés à maintenir un discours simple et à établir avec l'interprète que ce dernier peut interrompre l'intervention à tout moment si besoin est d'une clarification ou pour avoir le temps de tout traduire. Aussi, les intervenants doivent savoir comment réagir s'ils soupçonnent que l'interprète transmet ses opinions ou que la quantité d'informations traduites ne semble pas correspondre aux informations formulées par l'intervenant ou l'utilisateur. Lors de telles situations, l'intervenant doit clarifier immédiatement la situation avec l'interprète et s'assurer que ce dernier traduit l'information formulée le plus fidèlement possible (Diamond & Jacobs, 2010). Finalement, le guide de Ouimet et al. (2013) insiste sur la nécessité de sensibiliser les intervenants à la problématique des barrières linguistiques et à reconnaître leurs limites dans l'utilisation d'une langue seconde pour communiquer avec les usagers. À ce propos, ce guide cite une étude ayant démontré que pour que les intervenants utilisent les services d'interprétariat, ils doivent savoir identifier les besoins en situation de barrière linguistique et être convaincus de la pertinence de faire appel à un interprète (Bischoff & Hudelson, 2010).

Tableau 15. Faits saillants des données issues des écrits scientifiques concernant la formation des intervenants pour apprendre à travailler avec des interprètes

- Les intervenants doivent être sensibilisés à la pertinence de faire appel aux services d'un interprète formel et aux politiques et procédures pour ce faire, de même que les ressources alternatives si les services d'un interprète formel en présence ne sont pas disponibles.
- Les intervenants doivent être formés pour expliquer aux usagers, au besoin, la possibilité de faire appel gratuitement aux services d'un interprète formel et les avantages de le faire.
- Les intervenants doivent être sensibilisés à la complexité du rôle des interprètes de même qu'aux normes éthiques qui régissent ce rôle.
- Les intervenants doivent être formés pour tenir des rencontres pré-intervention avec les interprètes afin de leur communiquer :
 - L'objectif de l'intervention
 - D'éventuels sujets délicats à aborder lors de l'intervention
 - L'importance de la confidentialité
 - Les enjeux liés à toutes modifications du discours qui pourraient être faites lors de la traduction de l'information par l'interprète.
- Les intervenants doivent être formés pour tenir des rencontres post-intervention avec les interprètes afin de revenir sur les discussions et la dynamique de l'intervention pour apporter les clarifications nécessaires.
- Les intervenants doivent être formés à collaborer avec les interprètes lors d'une intervention. Ils doivent savoir :
 - Être courtois et professionnels dans la collaboration avec l'interprète
 - Adapter leur langage afin de faciliter le travail de l'interprète (éviter le jargon médical, utiliser un langage clair, des phrases courtes, s'adresser à l'utilisateur et non à l'interprète)
 - Reconnaître, prévenir et agir en situation de conflits ou de plaintes liées aux services d'interprétariat.
- Planifier adéquatement le temps d'intervention requis sachant qu'une intervention avec un interprète peut prendre jusqu'à deux fois plus de temps qu'une intervention habituelle.

Contenu de formation : sensibilité culturelle

Aucune revue et seulement deux guides de pratique mentionnent des éléments en lien avec la formation des intervenants concernant la sensibilité culturelle (Betancourt et al., 2012; US Department of Health and Human Services, 2013). Le guide de Betancourt et al. (2012) indique qu'afin de prévenir les erreurs médicales lors d'intervention en situation de barrière linguistique, il est nécessaire de développer les compétences culturelles des intervenants. Plus spécifiquement, ce guide souligne qu'il faut sensibiliser les intervenants au fait qu'une mauvaise communication et une mauvaise compréhension interculturelle, de même qu'un manque de respect pour les croyances et les traditions de l'utilisateur peuvent mener à une détérioration de la sécurité des interventions. Par ailleurs, le guide de l'USDHHS (2013) explique que les intervenants doivent développer des moyens de communication efficaces en regard des spécificités de différents groupes culturels, mais que les formations en regard de la compétence culturelle doivent à tout prix éviter les généralisations simplistes qui peuvent nourrir les stéréotypes à l'endroit de certains groupes culturels (American Medical Association, 2006). Ces formations doivent plutôt miser sur la

sensibilité à l'égard des variations dans les croyances, les attentes et les modes de communications à privilégier.

Tableau 16. Faits saillants des données issues des écrits scientifiques concernant la formation des intervenants à la sensibilité culturelle

- Les intervenants doivent être sensibilisés au fait qu'une mauvaise communication, une mauvaise compréhension interculturelle ou un manque de respect pour les croyances et les traditions de l'utilisateur peuvent mener à une détérioration de la sécurité des interventions.
- Les intervenants doivent être formés afin de développer des moyens de communication adaptés aux spécificités de différents groupes culturels.
- Les formations en regard de la compétence culturelle doivent à tout prix éviter les généralisations simplistes qui peuvent nourrir les stéréotypes à l'endroit de certains groupes culturels. Ces formations doivent plutôt miser sur la sensibilité à l'égard des variations dans les croyances, les attentes et les modes de communications à privilégier

Modalités de formation

Parmi les cinq revues traitant de la formation continue des intervenants en matière d'intervention en interprétariat, une revue principale (Bereknyei, 2012) et une revue complémentaire (Henderson et al., 2011) présentent des modalités de formation. La revue de Bereknyei (2012) explique que dans les treize études citées ayant évalué des formations pour les intervenants en matière d'interprétariat, les modalités de formation varient énormément allant de session de formation de trois heures à des curriculums de formation s'échelonnant sur quatre ans. La revue d'Henderson et al. (2011) mentionne une étude ayant évalué une formation de deux mois qui mène l'évaluation d'une formation à l'augmentation des consultations par les usagers et à une plus grande satisfaction de ces derniers, notamment en regard de la plus grande clarté des informations fournies par l'intervenant (Bischoff et al., 2003). Cela dit, cette revue ne présente aucune information sur les stratégies pédagogiques utilisées lors de la formation ou sur les modalités autres que la durée de la formation.

Deux des guides de pratique présentent des éléments concernant les modalités de formation pour les intervenants (Betancourt et al., 2012; US Department of Health and Human Services, 2013). Le guide de Betancourt et al. (2012) propose, pour atteindre les recommandations formulées, une formation déjà existante, nommée TeamSTEPPS, qui se base sur une revue des écrits scientifiques et qui vise à améliorer les pratiques des intervenants afin de favoriser la sécurité dans les interventions en situation de barrière linguistique. Cela dit, ce guide spécifie que cette formation n'est qu'un outil possible pour mettre en œuvre les recommandations. Par ailleurs, ce guide suggère que certains contenus de la formation aux intervenants, par exemple ceux liés à la sensibilité culturelle, peuvent être présentés en collaboration avec les interprètes, de manière à favoriser la création d'un contact et d'un dialogue entre les intervenants et les interprètes. Pour sa part, le guide de l'USDHHS (2013) indique que la formation doit : être basée sur des principes d'andragogie, inclure des évaluations pré et post et être menée par des formateurs compétents. L'approche de formation utilisée devrait mettre l'emphase sur l'acquisition de connaissances, d'habiletés ou d'attitudes, selon les besoins de l'établissement et de ses intervenants (Rose, 2011). De plus, selon ce guide, la formation des intervenants doit être clairement mise en lien avec la mission, les buts et les objectifs de l'établissement et être accompagnée de mesures de soutien pour

permettre la mesure de l'amélioration des pratiques et la reddition de compte. Toujours selon ce guide, la formation peut être offerte en présence ou en ligne (Youdelman, Perkins, Brooks, & Reid, 2007).

Tableau 17. Faits saillants des données issues des écrits scientifiques concernant les modalités de formation des intervenants

- Les modalités de formations évaluées varient beaucoup et les résultats présentés dans les écrits ne permettent pas de conclure sur l'efficacité d'une modalité en particulier.
- Une formation existe, TeamSTEPPS, qui se base sur une revue des écrits scientifiques et qui vise à améliorer les pratiques des intervenants et des interprètes afin de favoriser la sécurité dans les interventions en situation de barrière linguistique.
- Les modalités de formations devraient :
 - Être basées sur des principes d'andragogie
 - Inclure des mesures des effets de la formation
 - Être menées par des formateurs compétents
 - Mettre l'emphase sur l'acquisition de connaissances, d'habiletés ou d'attitudes, selon les besoins de l'établissement et de ses intervenants
 - Prévoir des mesures de soutien dans la mise en application des apprentissages.

Question 4 : Quels éléments devraient définir le processus d'accueil-orientation des interprètes au sein des établissements?

Quatre des revues sélectionnées (trois revues complémentaires et une revue principale) traitent des éléments devant être inclus dans le processus d'accueil-orientation des interprètes au sein des établissements (Allford et al., 2014; Brisset et al., 2013; Farooq et al., 2015; Hadziabdic & Hjelm, 2013). Ces éléments peuvent être regroupés en trois catégories : la reconnaissance et le soutien, le partage des informations pertinentes et la formation⁵.

Reconnaissance et soutien

Une revue principale, celle de Brisset et al. (2013), traite de la reconnaissance et du soutien aux interprètes. Cette revue indique, dans sa discussion, que la nature complexe du rôle des interprètes de même que la perspective de ces derniers ne sont pas suffisamment reconnues par les établissements. Il est expliqué que les interprètes sont souvent appelés à naviguer dans des situations difficiles qui vont bien au-delà de l'interprétation simple d'un échange mot-à-mot entre l'utilisateur et l'intervenant et qu'ils reçoivent peu de soutien pour ce faire. Les interprètes sont aux prises avec certaines ambivalences et dilemmes éthiques en lien avec leur rôle. Toujours selon la revue de Brisset et al. (2013), la reconnaissance et le soutien des établissements à l'égard du rôle des interprètes permettraient à ces derniers, mais aussi aux intervenants et aux usagers d'avoir davantage confiance envers les services d'interprétariat et contribuerait à améliorer les relations entre ceux-ci. Ce soutien peut prendre la forme, par exemple, de supervision dans les interventions. La reconnaissance, quant à elle, peut prendre la forme d'une amélioration des conditions de travail des interprètes et de l'offre, aux intervenants, de formation

⁵ Les compétences linguistiques requises de la part des interprètes étant hors du contrôle des établissements, cet aspect ne sera pas traité dans la présente évaluation

pour mieux travailler en équipe avec les interprètes dans le respect de l'intégrité professionnelle de ces derniers.

Un guide de pratique, celui de Betancourt et al. (2012), émet des recommandations concernant la reconnaissance du rôle des interprètes dans l'amélioration de la sécurité des interventions en situation de barrière linguistique. Ce guide stipule que l'importance du rôle des interprètes dans la détection et la prévention des erreurs médicales doit être reconnu et mis de l'avant. Selon ce guide, la structure hiérarchique des établissements fait en sorte que certains membres du personnel de même que les interprètes peuvent hésiter à rapporter des situations ou des contextes d'intervention qui nuisent à la sécurité des usagers. Cette hésitation est aussi plus présente lorsque les interprètes ne sont pas considérés comme des membres à part entière de l'équipe d'intervention. Ils peuvent alors craindre que s'ils rapportent des situations ou contextes d'interventions problématiques, ils seront perçus comme des délateurs ou des espions. Dans cette perspective, le guide recommande que les établissements mettent en place une campagne de sensibilisation à l'importance de rapporter ces situations en mettant l'accent sur le rôle des interprètes, notamment. Cette campagne devrait cibler l'ensemble du personnel de l'établissement et non seulement les interprètes.

Tableau 18. Faits saillants des données issues des écrits scientifiques concernant la reconnaissance et le soutien aux interprètes par les établissements

- La complexité du rôle des interprètes doit être reconnue par les établissements et ces derniers doivent offrir du soutien dans les situations difficiles, notamment les dilemmes éthiques. La reconnaissance et le soutien offert peuvent prendre diverses formes :
 - De la supervision et de la rétroaction lors des interventions
 - Des formations aux intervenants pour favoriser une bonne collaboration avec les interprètes
- Les interprètes doivent être considérés comme des membres à part entière de l'équipe d'intervention
- Afin de favoriser la sécurité dans les interventions en situation de barrière linguistique, le rôle des interprètes dans la détection et la prévention des erreurs médicales doit être valorisé.

Partage des informations pertinentes concernant l'intervention

Deux revues principales traitent de l'importance du partage, entre l'intervenant et l'interprète, de l'ensemble des informations pertinentes à l'intervention (Farooq et al., 2015; Hadziabdic & Hjelm, 2013). À ce propos, la revue d'Hadziabdic & Hjelm (2013) explique qu'il est nécessaire, lors de la réservation des services d'un interprète, de mentionner clairement l'objectif de l'intervention. Pour sa part, la revue de Farooq et al. (2015) souligne, en discussion, l'importance des rencontres pré et post-intervention entre l'interprète et l'intervenant pour favoriser le partage entre ces derniers de l'ensemble de l'information en lien avec l'intervention. Lors d'une rencontre pré-intervention, l'intervenant doit informer l'interprète de l'objectif de l'intervention, des sujets qui y seront traités et d'éventuels propos ou gestes délicats qui pourraient survenir lors de l'intervention. Il peut aussi être nécessaire pour l'intervenant, lors de l'entretien pré-intervention, d'aborder avec l'interprète l'importance de la confidentialité et les enjeux liés à la modification du discours de l'utilisateur. Concernant l'entretien post-intervention, l'intervenant doit

être préparé à faire un retour avec l'interprète sur les discussions et la dynamique de l'intervention afin d'apporter toutes les clarifications nécessaires.

Un guide, celui de Betancourt et al. (2012), souligne qu'il est important, pour que les interprètes soient parties intégrantes de l'équipe d'intervention, qu'ils participent aux rencontres d'échange et de planification de cette équipe et qu'ils soient présents lors des moments pivots de l'intervention tels que lors du transfert ou du congé de l'utilisateur. Ce guide présente des contenus de formation intégrés à la formation TeamSTEPPS pour ce faire.

Tableau 19. Faits saillants des données issues des écrits scientifiques concernant le partage des informations pertinentes concernant l'intervention

- Avant l'intervention, l'intervenant et l'interprète doivent se rencontrer pour partager les informations concernant :
 - L'objectif de l'intervention
 - D'éventuels sujets délicats à aborder lors de l'intervention
 - L'importance de la confidentialité
 - Les enjeux liés à toutes modifications du discours qui pourraient être faites lors de la traduction de l'information par l'interprète
- Suite à l'intervention, l'intervenant et l'interprète doivent se rencontrer pour revenir sur les discussions et la dynamique de l'intervention afin d'apporter les clarifications nécessaires.
- À titre de membre de l'équipe d'intervention, les interprètes doivent être impliqués dans la planification de l'intervention et être présents lors des moments pivots de celle-ci.

Formation des interprètes à l'intervention dans le contexte du milieu de la santé et des services sociaux

Une revue complémentaire, celle d'Allford et al. (2014), mentionne qu'il est prioritaire de former les interprètes, tout comme les intervenants, en matière de communication et de collaboration en triade avec l'utilisateur en situation d'intervention interculturelle.

Trois guides de pratique mentionnent des éléments de contenu devant être transmis aux interprètes dans le cadre de formation qui vont au-delà de leur formation initiale en tant qu'interprète (Betancourt et al., 2012; Ouimet et al., 2013; US Department of Health and Human Services, 2013). Le guide de Betancourt et al. (2012) émet des recommandations pour favoriser l'amélioration de la sécurité des interventions en situation de barrière linguistique. Dans cette perspective, ce guide recommande que les interprètes soient formés pour mieux comprendre l'ensemble du spectre des événements qui peuvent constituer un risque pour la sécurité de l'utilisateur et les procédures pour rapporter ces événements. Ce guide recommande de fournir aux interprètes des données et des exemples concrets pour illustrer le fait que les interventions en situation de barrière linguistique sont à haut risque de générer des événements où la sécurité de l'utilisateur peut être compromise. Ce faisant, toujours selon ce guide, les interprètes doivent prendre conscience de l'importance de leur rôle et de l'ampleur de leur responsabilité afin de prévenir ou de rapporter de tels événements. Par ailleurs, ce guide souligne aussi que les interprètes doivent être formés à évaluer à quels moments ils doivent agir à titre neutre et à quel moment ils doivent agir à titre de courtier culturel. Aussi, les interprètes doivent être formés à des stratégies permettant de signaler à l'intervenant un changement

de rôle en cours d'intervention (par exemple faire un signe de la main). Comme pour la formation aux intervenants, le guide de Betancourt et al. (2012) propose, pour atteindre les recommandations formulées, une formation déjà existante, nommée TeamSTEPPS, qui se base sur une revue des écrits scientifiques et qui vise à améliorer les pratiques des intervenants afin de favoriser la sécurité dans les interventions en situation de barrière linguistique. Pour sa part, le guide de l'USDHHS (2013) explique qu'il faut former les interprètes à certains éléments spécifiques à l'intervention dans le réseau de la santé afin qu'ils développent : des connaissances linguistiques fonctionnelles de l'anatomie et de la physiologie, une connaissance approfondie de la terminologie liée au diagnostic, à la prévention, aux traitements et à la gestion de la maladie, une compréhension des concepts clés liés à la confidentialité, au consentement éclairé et aux droits de l'utilisateur. Quant au guide de Ouimet et al. (2013), il souligne que les interprètes devraient avoir une formation en interprétariat médical. Ce guide suggère qu'en plus des compétences linguistiques et en interprétation, les interprètes œuvrant dans le milieu de la santé et des services sociaux devraient être formés aux enjeux éthiques, au vocabulaire médical et à l'explication de concepts médicaux difficilement traduisibles (Bowen, 2005). Le guide stipule aussi, en citant Bowen (2005) que les interprètes devraient développer des compétences d'interprétation dans un champ spécifique (p.ex. santé mentale).

Tableau 20. Faits saillants des données issues des écrits scientifiques concernant la formation des interprètes à l'intervention dans le contexte du milieu de la santé et des services sociaux

- Les interprètes doivent être formés afin de :
 - Mieux comprendre les enjeux liés à la confidentialité, au consentement éclairé et aux droits des usagers
 - Mieux comprendre les situations qui peuvent comporter des risques pour la sécurité de l'intervention et connaître les procédures pour rapporter de tels événements
 - Savoir à quel moment ils doivent traduire l'information transmise de manière neutre et à quel moment ils doivent agir comme courtiers culturels
 - Développer des stratégies pour signaler à l'intervenant et à l'utilisateur s'ils sortent de la posture de neutralité pour agir à titre de courtiers culturels en cours d'intervention
 - Développer des connaissances linguistiques fonctionnelles concernant l'anatomie et la physiologie, la terminologie liée au diagnostic, à la prévention, aux traitements et à la gestion de la maladie.
- Il existe une formation, TeamSTEPPS, qui se base sur une revue des écrits scientifiques et qui vise à améliorer les pratiques des interprètes et des intervenants afin de favoriser la sécurité dans les interventions en situation de barrière linguistique.

3.2. Résultats de la consultation auprès des parties prenantes

La consultation des parties prenantes visait à donner l'occasion à ces dernières de s'exprimer sur leurs pratiques lors d'intervention en interprétariat et sur l'applicabilité des éléments recensés grâce à la collecte des données issues des écrits scientifiques. Tel que mentionné précédemment, ce sont 28 interprètes et 36 intervenants qui se sont exprimés lors de cette consultation qui a pris la forme de 8 groupes de discussion.

Question 1 : Quels éléments doivent être pris en considération tant par l'intervenant que par l'interprète (formel ou informel) lors d'une intervention auprès de l'utilisateur en personne ou par téléphone, afin d'assurer l'efficacité, la qualité et la sécurité des interventions?

Le rôle de l'interprète

Concernant les perceptions des intervenants et des interprètes du rôle de l'interprète, les consultations permettent de constater qu'il existe effectivement des divergences dans la compréhension de ce rôle. Cela dit, alors que les écrits de Sleptsova et al. (2014) indiquent que les intervenants sont davantage portés à considérer que les interprètes doivent être neutres, cette tendance n'était pas si claire lors des consultations. En effet, des tenants de la neutralité se trouvaient aussi bien chez les intervenants que chez les interprètes et il en va de même pour ceux qui ont souligné l'importance du rôle de courtier culturel de l'interprète. Les propos tenus lors des consultations mettent plutôt de l'avant que les divergences de point de vue sont particulièrement criantes lorsqu'il s'agit d'établir le rôle d'un interprète lors d'intervention où l'information transmise par l'intervenant est délicate ou agressive pour l'utilisateur, par exemple lors de l'annonce d'un diagnostic difficile ou lors d'un entretien d'évaluation en lien avec le placement éventuel d'un enfant par les services sociaux. Cela étant dit, au-delà des divergences de point de vue sur le fond, certains consensus émergent. Il apparaît que tant les intervenants que les interprètes estiment qu'il peut être pertinent, voire nécessaire, que l'interprète transmette à l'utilisateur et à l'intervenant certaines informations sur la culture d'origine de l'utilisateur ou sur la culture du pays d'accueil. Il peut aussi être aidant que l'interprète rassure l'utilisateur au besoin concernant les procédures ou la qualité des soins et qu'il donne à l'intervenant des spécifications sur le ton ou le non-verbal de l'utilisateur puisque le processus d'interprétariat peut amener un certain décalage à ce niveau. Finalement, en accord avec le constat de Brisset et al. (2013) sur la nécessité d'établir un lien de confiance entre l'interprète et l'intervenant, une ligne directrice émerge très clairement des consultations : tous les apartés de l'interprète doivent être faits de manière professionnelle et transparente. Cela implique que lorsque ce dernier transmet une information en aparté à l'utilisateur, il doit l'indiquer préalablement à l'intervenant et transmettre à celui-ci la teneur de cette information et vice-versa avec l'utilisateur s'il transmet une information en aparté à l'intervenant. Afin de demeurer professionnel, l'interprète doit par ailleurs s'en tenir à la transmission d'informations (culturelles ou autres) et ne pas émettre des opinions ou des jugements. Cette transparence et ce professionnalisme sont, aux yeux des intervenants, la valeur ajoutée de faire appel à un interprète formel.

Il ressort clairement des consultations que des nuances et distinctions doivent être établies au cas par cas concernant le rôle de l'interprète et que, dans cette perspective, il est nécessaire de clarifier en triade (intervenant, interprète, utilisateur) le rôle de l'interprète dès le début de l'intervention. Faire cet exercice de clarification a plusieurs bénéfices. Il permet de clarifier les visions et les attentes respectives de chacun en termes de neutralité de l'interprète et de courtage culturel. Il permet aussi parfois de rassurer l'utilisateur quant à l'obligation de l'interprète de maintenir la confidentialité des propos qui seront tenus pendant l'intervention. De même, l'interprète indiquera, à ce moment, à l'utilisateur ainsi qu'à l'intervenant qu'il doit traduire l'ensemble des propos tenus. C'est aussi en clarifiant le rôle de l'interprète que l'intervenant pourra établir clairement son propre rôle, particulièrement si l'intervention est effectuée avec un interprète informel qui est aussi un intervenant de l'établissement : il importe alors que l'utilisateur distingue clairement qui est l'intervenant au dossier. Par ailleurs, il est important d'établir avec l'utilisateur que s'il a des besoins complémentaires en lien avec l'intervention (par exemple du transport ou des directives

d'orientation dans le réseau) ou non (ressources matérielles), ceux-ci ne sont pas du ressort de l'interprète. En effet, il apparaît que les usagers et les intervenants peuvent à l'occasion confondre l'interprète avec les bénévoles de certains organismes communautaires fournissant de l'aide ou de l'accompagnement de différentes natures. En ce sens, il peut aussi être pertinent d'indiquer aux proches de l'utilisateur que l'interprète ne se substitue pas à eux et qu'ils demeurent parties prenantes de l'intervention en ce qui a trait à l'accompagnement et au soutien à apporter à l'utilisateur. Lors d'un suivi où le même interprète est présent pendant une certaine période, il peut être nécessaire de refaire cet exercice si des liens se tissent entre l'interprète et l'utilisateur qui apparaissent nuire au bon fonctionnement de l'intervention ou contrevenir aux règles de fonctionnement établies au départ. Finalement, certains intervenants et interprètes ont indiqué avoir parfois eu recours à la Banque des interprètes pour exprimer leur difficulté à en arriver à un consensus en triade sur le rôle de l'interprète. Il apparaît s'agir d'une solution de dernier recours menant le plus souvent à un changement d'interprète pour la suite des interventions liées à un suivi donné.

Les préférences de l'utilisateur

Les consultations avec les intervenants et les interprètes permettent d'établir que bon nombre d'entre eux sont déjà sensibilisés au fait que l'établissement d'un lien de confiance est un élément important de la satisfaction de l'utilisateur. En ce sens, ils semblent privilégier, lorsque possible, la collaboration à long terme avec un même interprète pour un dossier donné. Plusieurs intervenants sont aussi conscients que la concordance de genre avec l'interprète favorise la satisfaction de l'utilisateur, particulièrement pour des interventions telles qu'un suivi pré ou postnatal, par exemple.

Par ailleurs, les consultations mettent en lumière qu'il peut être parfois difficile de respecter les préférences de l'utilisateur, soit pour des motifs logistiques ou cliniques. Sur le plan de la logistique, il peut arriver, surtout pour des langues où les ressources en interprétariat sont moindres, que l'interprète désiré ne soit pas disponible au moment souhaité. Dans ce contexte, un choix s'impose : accepter des délais dans le suivi ou changer d'interprète. Au plan clinique, les consultations permettent de comprendre que les préférences de l'utilisateur doivent parfois être mises dans la balance comme un élément parmi d'autres au moment d'établir le plan d'intervention. En effet, ces préférences peuvent parfois poser problème, notamment si l'utilisateur préfère le recours à un interprète informel, mais que l'intervenant estime que ce dernier ne transmet pas l'ensemble de l'information adéquatement ou nuit à la dynamique de l'intervention. Il peut aussi arriver que les préférences de l'utilisateur deviennent un enjeu de pouvoir dans la relation entre l'intervenant et l'utilisateur. Dans de telles situations, les intervenants indiquent qu'ils vont généralement respecter les préférences de l'utilisateur, dans la mesure du possible, afin de favoriser le développement d'une relation de confiance et qu'ils discuteront de ces préférences avec ce dernier par la suite, au besoin.

Les enjeux liés à la transmission de l'information

Les consultations auprès des intervenants et des interprètes amènent quelques nuances aux constats faits dans le cadre de la revue des écrits scientifiques en ce qui a trait aux enjeux liés à la transmission de l'information. Il apparaît que bien que les intervenants perçoivent que la divulgation de l'information est plus complète avec un interprète formel, tel qu'en font état les écrits scientifiques, il est nécessaire, pour que cela s'avère, que l'utilisateur soit rassuré sur l'obligation de l'interprète formel de maintenir la confidentialité. Si tel n'est pas le cas, l'utilisateur pourrait s'abstenir de divulguer certaines informations délicates au même titre qu'il pourrait le faire en présence d'un interprète informel.

En ce qui concerne les modifications faites lors de la transmission de l'information via l'interprète, les intervenants constatent, comme le font les écrits scientifiques, que les interprètes informels sont plus susceptibles de retenir, ajouter ou modifier de l'information lors de l'intervention. Toutefois, deux nuances ont été apportées à ce constat. D'abord, le recours à des interprètes informels serait particulièrement approprié pour une intervention dont le sujet n'est pas délicat ou sensible et est en lien avec des préoccupations concrètes et quotidiennes. Dans de telles situations, les ajouts d'information faits par un interprète informel qui est un proche de l'utilisateur pourront s'avérer utiles à l'intervention. Les consultations permettent aussi de faire valoir que pour de telles situations où l'ajout ou la modification d'information peuvent être utiles ou sans conséquence, faire appel à un proche de l'utilisateur qui est disponible pour agir comme interprète peut alléger le fardeau financier pour l'établissement et celui de la planification et de la logistique pour l'intervenant, ce qui est une considération non négligeable en contexte d'optimisation des ressources. Dans cette perspective, les consultations indiquent qu'il ne faut pas balayer du revers de la main l'utilisation d'interprètes informels, mais plutôt y avoir recours avec parcimonie et bon jugement. Ainsi, il apparaît que la recommandation des écrits stipulant que les habiletés langagières des membres de l'établissement devraient être évaluées avant que ceux-ci puissent agir à titre d'interprètes informels semble lourde et injustifiée aux yeux de plusieurs. La crainte a été formulée que si un tel mécanisme d'évaluation était mis en œuvre, peu de membres des établissements mentionneraient qu'ils parlent une autre langue, pour ne pas avoir à se soumettre à un tel processus. Ainsi, les intervenants pourraient perdre une ressource qui, utilisée avec parcimonie et bon jugement, peut les dépanner.

Toujours concernant les modifications faites lors de la transmission d'informations, les consultations des intervenants et des interprètes permettent d'appuyer le propos des écrits scientifiques selon lequel lorsqu'un interprète formel perçoit son rôle comme étant aussi celui d'un médiateur culturel, il peut être davantage porté à faire des modifications ou ajouts d'information et qu'il importe que cela soit, en tout temps, fait avec transparence et professionnalisme. Toujours en accord avec les écrits scientifiques, les consultations indiquent que ces modifications ou ajouts peuvent être faits pour de bonnes raisons et être pertinents, notamment lorsqu'il s'agit de mettre certaines informations en contexte au plan culturel ou lorsque certains équivalents n'existent pas d'une langue à une autre et que l'interprète doit reformuler. Cela semble être particulièrement nécessaire si l'intervenant utilise certains termes techniques ou spécialisés ou si l'utilisateur est peu scolarisé. Cela dit, les consultations permettent aussi de comprendre que dans certaines situations, les modifications ou ajouts ne sont pas faits pour de bonnes raisons, notamment lorsque l'interprète prend l'initiative d'adoucir un message qu'il estime agressant ou offensant pour l'utilisateur ou s'il est mal à l'aise avec la teneur des propos de l'intervenant et que cela se ressent (exemple : intervention en abus sexuel).

Les consultations avec les intervenants et les interprètes indiquent que l'attente des intervenants à l'endroit des interprètes formels est que ceux-ci agissent de manière transparente et professionnelle. En ce sens, ils se distinguent des interprètes informels : les ajouts ou modifications qu'ils font à l'information doivent être clairement stipulés comme tels de manière claire pour l'intervenant et l'utilisateur, ils doivent être formulés comme un complément d'information et non comme une opinion et un jugement. Si l'interprète est mal à l'aise avec quelque élément de l'intervention que ce soit, il doit demeurer professionnel pendant celle-ci et en informer l'intervenant avant ou après l'intervention pour qu'ils puissent ensemble convenir d'une solution. Cette façon de procéder vise à ce que l'intervenant puisse garder le contrôle de l'intervention. En effet, les intervenants expliquent que lorsque les discussions se prolongent indument entre l'utilisateur et l'interprète sans que l'intervenant ne comprenne ce qui se passe, il en résulte un sentiment de perte de contrôle de l'intervention. Les écrits scientifiques mentionnent, en

santé, les situations où l'intervenant doit s'assurer d'être en contrôle de la qualité des informations transmises. Les consultations permettent d'établir qu'il existe aussi, en services sociaux, des situations où il est particulièrement important que l'information soit transmise par l'interprète de la manière la plus neutre et exacte possible. Il s'agit des interventions à teneur légale (par exemple lors de l'évaluation d'un placement en Protection de la jeunesse), des interventions où un consentement éclairé doit être obtenu et de toutes autres interventions pouvant avoir des conséquences directes et importantes sur l'utilisateur. Par ailleurs, les consultations permettent aussi de souligner que l'accès à un même interprète pour un suivi donné favorise non seulement la satisfaction de l'utilisateur, mais aussi que cela favorise l'établissement d'une relation de confiance entre l'interprète et l'intervenant et une bonne transmission de l'information puisque ceux-ci apprennent à mieux se comprendre et à mieux collaborer.

Finalement, les propos tenus lors des consultations appuient les écrits scientifiques : il importe de tenir compte des spécificités culturelles et linguistiques régionales de l'utilisateur au moment de choisir un interprète formel afin de favoriser une bonne transmission de l'information. Les consultations permettent de comprendre que les spécificités linguistiques régionales sont particulièrement marquées dans certaines langues pour lesquelles un interprète et un usager ne parlant pas le même dialecte peuvent ne se comprendre que très peu ou pas du tout. Toutefois, les intervenants ne sont pas toujours outillés adéquatement pour savoir l'importance de ces distinctions pour une langue donnée ni pour bien spécifier leur demande lors de la réservation des services d'un interprète. De plus, il apparaît qu'il peut être parfois être gênant pour l'interprète d'indiquer, pendant ou après une intervention, qu'il ne comprend pas ou ne parle pas le dialecte de l'utilisateur et qu'en ce sens il serait préférable de changer d'interprète.

Accès et logistique

Concernant l'accès et la logistique, les écrits scientifiques indiquent deux éléments principaux : qu'il ne faut pas présumer de la disponibilité des interprètes informels et que les interventions téléphoniques peuvent être facilitantes. Les consultations avec les intervenants permettent d'établir qu'effectivement, tous les usagers n'ont pas, dans leur réseau, des proches disponibles pour agir à titre d'interprète formel. Cela dit, lorsqu'un proche est effectivement disponible pour ce faire, il apparaît que cela facilite grandement la logistique liée à la planification de l'intervention. Bien que, tel que mentionné précédemment, les intervenants y font généralement appel avec parcimonie en considération des enjeux liés à la transmission de l'information. Par ailleurs, peu de choses ont été dites lors des consultations en ce qui concerne le recours aux interventions téléphoniques. Il semble que peu d'intervenants aient à leur disposition un tel service.

Il émerge des consultations plusieurs éléments concernant l'accès aux interprètes formels et la logistique entourant ces interventions. La planification de ces interventions nécessite beaucoup de temps et d'énergie de la part des intervenants et le processus a parfois des ratés. En effet, il apparaît que le processus de demande de services en interprétariat peut être long de par la multiplication des retours d'appels pour trouver une disponibilité commune à l'utilisateur, l'intervenant et l'interprète. Ces délais peuvent être d'autant plus importants lorsqu'il y a peu d'interprètes dans une langue donnée et/ou lorsque l'intervenant ou l'utilisateur exprime des préférences de genre, souhaite faire appel aux services d'un interprète en particulier ou au contraire éviter d'avoir recours à un interprète donné. Dans de telles situations, la communication avec la banque des interprètes est importante puisque plusieurs intervenants rapportent avoir vécu des situations où leur demande n'a pas été respectée faute de disponibilités de l'interprète, et cela sans qu'on les en avise au préalable. Les délais dans les services provoqués par le processus de réservation d'un interprète formel sont particulièrement problématiques

lorsque des délais d'intervention doivent être respectés à plus ou moins brève échéance, que ce soit pour des motifs cliniques ou légaux. Pour faciliter ces démarches, les intervenants vont souvent communiquer d'abord avec l'interprète lorsqu'ils ont déjà collaboré avec celui-ci afin de valider ses disponibilités et ensuite valider et confirmer le rendez-vous avec la banque des interprètes. Aussi, certaines situations semblent générer de la confusion ou faire l'objet d'un vide dans le protocole de réservation des services d'interprétariat. C'est le cas, par exemple, des rendez-vous médicaux qui doivent être pris auprès d'une réceptionniste. Ce genre de situation pose deux problèmes : l'utilisateur ne maîtrise pas toujours suffisamment la langue pour s'adresser à la réceptionniste et par ailleurs, cette dernière n'a généralement pas l'autorité nécessaire pour faire une demande de service à la banque des interprètes. Il en va de même pour toutes situations où un usager qui ne maîtrise pas du tout la langue doit communiquer avec son intervenant : il ne peut pas faire de demande de rendez-vous par lui-même. En prévision de telles situations, il arrive que les usagers soient portés à demander aux interprètes de leur donner leur numéro de téléphone afin de pouvoir les appeler en cas de besoin pour, par exemple, communiquer avec une réceptionniste de l'accueil ou un pharmacien. Il est recommandé aux interprètes de ne pas donner leur numéro de téléphone aux usagers ainsi afin de préserver une distance professionnelle. Néanmoins, certains interprètes acceptent de le faire avec certains usagers puisqu'ils constatent les difficultés vécues par ceux-ci dans l'accès aux soins. Ainsi, il importe que le rôle de chacun dans de telles situations soit clarifié.

Les propos tenus lors des consultations indiquent aussi que de grandes variations existent dans la culture des différents programmes et établissements concernant le recours aux services d'interprètes formels. Dans certains cas, le message plus ou moins explicite transmis aux intervenants est d'avoir recours à un interprète formel uniquement lorsqu'il y a des contraindiques claires à l'utilisation d'un proche de l'utilisateur comme interprète. Dans d'autres programmes, on privilégie clairement le recours aux interprètes formels plutôt qu'informels. Si ces variations sont observables entre programmes d'un même CLSC ou d'un même CIUSSS, elles sont d'autant plus prononcées entre les CLSC et les milieux hospitaliers. En effet, les intervenants ont dû développer différentes stratégies pour composer avec le refus de plusieurs intervenants du milieu hospitalier d'avoir recours à des interprètes formels. Conscients du fait que plusieurs usagers ne peuvent prendre leur rendez-vous eux-mêmes à l'hôpital et ne se présenteront pas à leurs rendez-vous s'ils savent qu'il n'y aura pas d'interprète, certains intervenants de CLSC doivent mettre en œuvre diverses stratégies pour favoriser l'accès de l'utilisateur aux soins dont il a besoin : coordonner des services de liaison avec un travailleur social ou une infirmière de liaison de l'hôpital, sensibiliser les intervenants de l'hôpital à la pertinence de faire appel au service d'un interprète, référer un interprète à l'intervenant de l'hôpital ou même prendre en charge la réservation des services de cet interprète. Au besoin, certains intervenants vont même jusqu'à transmettre de la documentation écrite détaillée à l'intervenant de l'hôpital sachant que l'utilisateur ne pourra pas communiquer cette information ou même se déplacent pour accompagner eux-mêmes l'utilisateur à son rendez-vous afin de s'assurer que toute l'information pertinente est transmise.

Tous ces éléments de planification logistique ont des coûts directs et indirects. À cela s'ajoute le fait que, comme le mentionnent les écrits scientifiques, une intervention menée en collaboration avec un interprète peut prendre jusqu'à deux fois plus de temps puisque toute l'information doit être traduite. De plus, l'information doit parfois être reformulée ou mise en contexte culturellement pour être bien comprise de part et d'autre, ajoutant encore ici à la longueur de l'intervention. Dans un contexte d'optimisation des ressources et de quantifications des services, il apparaît que les intervenants ne peuvent assumer seuls les contrecoups sur leur pratique de ces coûts en temps et en énergie. En cela, ils ont besoin du soutien de leur établissement.

Respect de l'intégrité de l'utilisateur et de ses proches

Concernant les mesures favorisant le respect de l'intégrité de l'utilisateur et de ses proches, les consultations viennent appuyer le constat des écrits scientifiques selon lequel il est important d'éviter, autant que possible, l'embauche d'un interprète formel qui connaît l'utilisateur. En effet, un passé commun ou la fréquentation des mêmes lieux de rassemblement peut nuire à la neutralité de l'interprète et peut susciter des doutes dans l'esprit de l'utilisateur quant à la confidentialité des informations divulguées. Les consultations mettent aussi en lumière qu'il peut se présenter des situations où l'interprète et l'utilisateur ont des points de vue politiques ou des origines ethniques conflictuelles et que si cela nuit à l'intervention, il est préférable de changer d'interprète. Toujours dans la perspective de favoriser le maintien de la confidentialité des informations de l'utilisateur, il est souhaitable de mener l'ensemble d'un suivi avec un seul et même interprète, lorsque cela est possible. Ainsi, les informations de l'utilisateur n'auront à être divulguées qu'à un seul interprète.

En ce qui a trait aux conséquences sur les proches d'agir à titre d'interprète informel, les consultations permettent de conclure que la plupart des intervenants sont conscients d'un certain nombre de ces risques, surtout en ce qui concerne les mineurs. Ce faisant, la pratique courante semble être d'éviter de faire appel aux mineurs pour agir à titre d'interprète informel ou de le faire en dernier recours et uniquement pour des tâches très concrètes comme prendre un rendez-vous. Toutefois, une petite nuance a été apportée en ce qui concerne le constat des écrits scientifiques indiquant que les proches peuvent être moins en mesure de jouer leur rôle de soutien lorsqu'ils doivent agir comme interprète. Il apparaît dans certains cas, que c'est lorsqu'on fait appel à un interprète formel que les proches sont amenés à se désengager ou à se sentir moins utiles ou exclus de l'intervention. Ainsi, il importe de clarifier le rôle de l'interprète et de conforter le proche sur l'importance de son rôle d'accompagnement et de soutien auprès de l'utilisateur.

Question 2 : À quelles stratégies l'intervenant peut-il recourir en cas d'absence d'interprètes ou de refus de l'utilisateur d'utiliser un interprète (formel ou informel)?

Il ressort des consultations qu'en l'absence d'interprète, les intervenants ont recours aux diverses stratégies mentionnées dans les écrits scientifiques. Plus spécifiquement, le recours à un langage simple dans une langue commune, généralement l'anglais, est fréquent. Lorsque cela n'est pas possible, des outils de références linguistiques tels que Google Translate de même que la communication non verbale grâce à des images, des pictogrammes ou à des gestes semblent être les stratégies privilégiées. Cela étant dit, les consultations permettent d'établir que les intervenants sont très conscients des limites inhérentes à ces stratégies. C'est pourquoi ils ont souligné qu'en de telles situations, ce qui prévaut est d'abord l'évaluation de la délicatesse et de l'urgence de la situation clinique. C'est en vertu de cette évaluation que les intervenants déterminent s'il convient de maintenir la rencontre avec l'utilisateur malgré l'absence d'interprète et d'avoir recours à des stratégies alternatives (par exemple lorsque la rencontre porte sur des enjeux très concrets et qui portent peu à conséquences). Lorsque la situation clinique est telle que l'intervention ne peut être menée sans interprète, par exemple lorsqu'il s'agit d'une situation cliniquement délicate ou ayant des conséquences légales, de l'obtention d'un consentement, d'une situation où l'utilisateur doit être rassuré, deux options sont possibles : le report ou le recours à des ressources alternatives d'interprétariat. Le report sera généralement privilégié si la situation n'est pas urgente. Toutefois, si la situation est urgente (par exemple urgence médicale ou évaluation d'un signalement en protection de la jeunesse), les intervenants indiquent avoir recours à des ressources

alternatives en interprétariat telles que des firmes privées d'interprètes formels ou des interprètes informels ad hoc (un autre usager présent dans la salle d'attente, un voisin s'il s'agit d'une intervention à domicile, etc.).

Lorsque l'absence d'interprète est liée à un refus de l'utilisateur, les propos tenus lors des consultations indiquent qu'il importe de d'abord respecter ce refus afin de pouvoir tisser un lien de confiance avec l'utilisateur et de tenter de l'amener à accepter les services d'interprétariat en lui expliquant la gratuité et les bénéfices de ces services. Toutefois, lorsque l'utilisateur est un mineur et que les parents refusent d'avoir recours à des services d'interprétariat, les intervenants peuvent être amenés, lorsque la situation clinique l'exige, à faire appel à la protection de la jeunesse.

Question 3 : Quels éléments devraient définir la formation continue des intervenants qui travaillent en présence d'interprète?

Contenu de formation : apprendre à travailler avec des interprètes

Les écrits scientifiques font valoir l'importance que les intervenants soient sensibilisés à la pertinence de faire appel aux services d'un interprète formel, qu'ils connaissent les politiques et procédures pour ce faire, de même que les ressources alternatives auxquels ils peuvent faire appel si les services d'un interprète formel en présence ne sont pas disponibles. À ce propos, les consultations avec les intervenants et les interprètes indiquent de grandes variations dans le niveau de sensibilisation des intervenants aux bénéfices de faire appel à un interprète formel en fonction de leur programme et de leur établissement d'appartenance. De plus, il apparaît que les intervenants du milieu hospitalier doivent fréquemment être sensibilisés par leurs collègues des CLSC. Cela appuie le constat selon lequel un travail de sensibilisation reste à faire. En matière de connaissances des procédures et protocoles, les consultations permettent de souligner l'importance de clarifier le rôle de chacun lors d'une demande de service auprès d'une banque d'interprète afin que le rendez-vous soit pris avec l'intervenant et avec l'interprète, que la demande de service soit faite en bonne et due forme auprès de la banque et que l'utilisateur reçoive bien toutes les informations pertinentes concernant le rendez-vous, dans sa langue. De plus, les consultations mettent en lumière la nécessité de mieux outiller les intervenants concernant les éléments qui doivent être spécifiés lors de leur demande d'interprète. Par exemple, les intervenants devraient être outillés pour savoir dans quelle situation ils doivent tenir compte de la concordance de genre entre l'interprète et l'utilisateur et pour quelles langues il est primordial de spécifier le dialecte de l'utilisateur dans la demande. Par ailleurs, puisque les consultations permettent de comprendre qu'il est plus simple logistiquement pour les intervenants de convenir directement d'un rendez-vous avec les interprètes et d'en aviser ensuite la banque des interprètes pour confirmer le tout, il pourrait être pertinent d'indiquer aux intervenants si cette façon de faire est formellement acceptée et encouragée. En ce qui concerne les ressources alternatives, les consultations indiquent clairement que les intervenants ne connaissent que très peu les ressources disponibles pour l'interprétariat par téléphone. Pourtant, ces ressources peuvent être d'une grande valeur afin de favoriser l'accès à des services d'interprétariat en dehors des heures de bureau et pour les usagers parlant une langue rare. Les ressources existantes doivent donc être présentées aux intervenants. Finalement, quelques intervenants ont indiqué lors des consultations que certains organismes communautaires offrent, en plus de services d'interprétariat, des services complémentaires tels que le transport au rendez-vous ou l'orientation des nouveaux arrivants. Une meilleure connaissance de telles ressources pourrait bénéficier aux intervenants.

Les propos tenus lors des consultations indiquent que pour beaucoup d'intervenants, le groupe de discussion a fait office de premier contact avec les différentes visions possibles du rôle des interprètes lors d'intervention en santé et services sociaux. En ce sens, bien que l'intervention en interprétariat fasse partie de leur pratique, ils n'ont que rarement, voire jamais, l'occasion de développer une pratique réflexive sur ces interventions. Les consultations permettent aussi de constater que bien que les écrits scientifiques recommandent la tenue de rencontres pré et post intervention entre l'interprète et l'intervenant, les pratiques en la matière varient énormément. Pour certains intervenants, ces rencontres sont normales, bien intégrées. Pour plusieurs, elles sont sporadiques : elles ont lieu s'ils estiment qu'elles sont nécessaires et que l'horaire le permet. Pour d'autres, un malaise subsiste puisque ces rencontres impliquent de transmettre de l'information sur le dossier de l'utilisateur à l'interprète préalablement à ce que l'utilisateur ait rencontré l'interprète et consenti à sa présence. Par ailleurs, les intervenants n'arrivent pas toujours bien à cerner les forces et la faiblesse d'une intervention en interprétariat afin de faire un retour avec l'interprète par la suite. En ce sens, les interprètes estiment avoir souvent trop peu de retours sur leurs interventions. Il peut aussi être complexe pour les intervenants de déterminer jusqu'à quel point ils doivent écouter et considérer l'information culturelle qui pourrait leur être transmise par l'interprète dans une rencontre post-intervention. Dans cette perspective, il apparaît nécessaire que les intervenants soient formés afin de :

- 1) mieux comprendre la complexité du rôle des interprètes ;
- 2) établir quelles sont les informations qu'ils peuvent transmettre à l'interprète avant l'intervention afin de permettre à celui-ci de bien se préparer, sans contrevenir au maintien de la confidentialité du dossier de l'utilisateur et
- 3) savoir formuler des rétroactions à l'interprète à la suite d'une intervention et savoir tenir compte des rétroactions techniques ou culturelles de ce dernier.

En ce qui concerne la formation des intervenants afin de favoriser la collaboration entre celui-ci et l'interprète pendant l'intervention, les consultations confirment les éléments déjà établis dans les écrits scientifiques à savoir que les intervenants doivent :

- 1) savoir comment adapter leur langage tout en continuant de s'adresser à l'utilisateur et en maintenant le contact visuel avec ce dernier;
- 2) être courtois et professionnels avec l'interprète, notamment en évitant de passer des commentaires sur le salaire ou les horaires de celui-ci devant l'utilisateur;
- 3) pouvoir reconnaître les forces et les faiblesses d'une intervention en interprétariat afin, au besoin, d'en discuter par la suite avec l'interprète.

Contenu de formation : sensibilité culturelle

Les consultations auprès des intervenants et des interprètes confirment la nécessité que les intervenants soient formés afin de développer une sensibilité quant à l'importance de bien comprendre les enjeux liés à l'intervention ethnoculturelle. Les consultations indiquent que les intervenants doivent être à l'aise de poser des questions sur les différences culturelles aux interprètes et qu'ils doivent prendre en compte ses différences dans le déploiement de leur intervention. De plus, il apparaît important de considérer que les intervenants n'ont pas les ressources nécessaires pour mieux connaître chaque culture et qu'en ce sens, comme le stipulent les écrits scientifiques, il vaut mieux miser sur la sensibilité et la pratique réflexive des intervenants plutôt que sur des généralisations. Les consultations mettent aussi en lumière qu'il ne faut pas perdre de vue qu'un interprète qui agit à titre de courtier culturel le fait sur la base de ses propres perceptions de la culture de l'utilisateur et qu'en ce sens, il n'est jamais totalement neutre.

Modalités de formation

Les écrits scientifiques indiquent qu'afin de favoriser une meilleure collaboration lors des interventions en interprétariat, les intervenants doivent être formés afin de bien planifier ces interventions sachant qu'elles peuvent prendre jusqu'à deux fois plus de temps qu'une intervention régulière. Les propos tenus lors des consultations indiquent que les intervenants sont déjà bien au fait de cette réalité de même que du fait que la planification avant et après l'intervention requiert beaucoup de temps (demande de service à la banque des interprètes, rencontre pré et post intervention avec l'interprète). Toutefois, les intervenants déplorent que dans le contexte actuel d'optimisation des ressources et de quantification des services, cela n'est pas toujours reconnu par l'établissement. Dans cette perspective, les consultations permettent de comprendre que, comme le mentionnent les écrits scientifiques, il est nécessaire que des mesures de soutien soient mises en place pour que les bonnes pratiques en interprétariat soient applicables au quotidien.

Question 4 : Quels éléments devraient définir le processus d'accueil-orientation des interprètes au sein des établissements?

Les écrits scientifiques mentionnent deux éléments à considérer dans le processus d'accueil-orientation des interprètes :

- 1) le soutien et la reconnaissance et
- 2) le partage des informations pertinentes à l'intervention. Les consultations auprès des intervenants et des interprètes indiquent que des rencontres pré et post intervention permettent d'agir sur ces deux éléments.

Reconnaissance et soutien

En ce qui concerne le soutien et la reconnaissance, les rencontres post-interventions apparaissent particulièrement importantes. Elles permettent à l'intervenant et à l'interprète d'échanger une rétroaction, que celle-ci soit technique (par exemple concernant le choix des mots, les formulations de phrases) ou plus en profondeur (par exemple des clarifications ou ajustement concernant le rôle de l'interprète et son niveau de neutralité). Ces rencontres peuvent aussi permettre à l'interprète, au besoin, de discuter avec l'intervenant de la charge émotionnelle que suscite en lui l'intervention. Les interprètes étant travailleurs autonomes et liés à des obligations de maintien de la confidentialité, ils ne bénéficient pas ou peu de lieux de partage et de soutien émotionnel. Finalement, dans certains contextes d'intervention difficiles, une rencontre de quelques minutes entre l'intervenant et l'interprète après l'intervention évite à l'interprète de se trouver en situation délicate, seul avec l'utilisateur dans l'ascenseur ou dans le stationnement, par exemple, au moment de partir.

Partage des informations pertinentes concernant l'intervention

En ce qui a trait au partage de l'information pertinente à l'intervention, les consultations indiquent que le partage d'information avant l'intervention (lors de la demande de service ou par téléphone, par exemple) permet à l'interprète de se préparer au plan technique et au plan émotionnel. Au plan technique, l'interprète se base sur les informations concernant le contexte et les objectifs de l'intervention pour établir s'il a besoin de faire des recherches préalables pour mieux connaître certains termes techniques (anatomie, noms de maladie, symptômes ou termes et acronymes du réseau). Au plan émotionnel, ces informations

indiquent à l'interprète si des sujets délicats ou tabous seront abordés et lui permettent de se préparer mentalement pour ce faire. Ce faisant, l'intervenant et l'interprète évitent de susciter un malaise ou de perdre le contrôle de la situation pendant l'intervention. La transmission au préalable de ces informations à l'interprète peut aussi permettre à ce dernier de signaler son malaise à l'intervenant avant l'intervention et ce dernier pourra, si nécessaire, choisir de s'ajuster en tenant compte de ce fait ou de faire appel à un autre interprète. Par ailleurs, certaines informations, telles que la clarification du rôle de l'interprète, peuvent être abordées avant l'intervention, mais doivent être revues en début d'intervention, en présence de l'utilisateur. Une rencontre entre l'intervenant et l'interprète à la suite de l'intervention permet quant à elle d'apporter des spécifications sur le contexte culturel de l'utilisateur, si besoin est. Finalement, les consultations mettent en lumière l'importance de standardiser la tenue de ces rencontres avant et après les interventions. En effet, dans les pratiques actuelles, la tenue de telles rencontres est laissée au bon jugement de l'intervenant. Cela peut créer des frustrations pour les intervenants ou les interprètes si les attentes à ce propos sont différentes. En indiquant clairement aux intervenants et interprètes que ces rencontres sont une norme de pratique, les attentes seraient plus claires et le temps nécessaire pour la tenue de ces rencontres serait prévu à l'agenda de tous. Cela permettrait aussi d'envoyer un message clair selon lequel l'interprète est un partenaire d'intervention à part entière et qu'un temps de collaboration est formellement prévu.

Formation des interprètes à l'intervention dans le contexte du milieu de la santé et des services sociaux

Les consultations auprès des intervenants et des interprètes appuient la nécessité qu'au-delà de leur formation linguistique, les interprètes reçoivent une formation propre à l'intervention dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les propos tenus lors des consultations viennent enrichir les constats faits par les écrits scientifiques concernant le contenu d'une telle formation. Ainsi, au plan de l'intervention en santé et services sociaux, cette formation doit permettre aux interprètes :

- 1) de mieux garder une distance émotionnelle face à l'utilisateur et à l'intervention ;
- 2) de mieux connaître les différentes techniques et contextes d'intervention et d'ajuster leurs pratiques en fonction de ceux-ci et
- 3) de mieux connaître les termes techniques liés à la structure du réseau.

De plus, la formation aux interprètes doit aborder la notion d'intervention en contexte ethnoculturel afin de leur permettre de mieux savoir quels sont les informations propres au contexte culturel de l'utilisateur qui doivent être transmises à l'intervenant et comment transmettre cette information de manière neutre et professionnelle.

SYNTHÈSE

Cette section reprend, pour chacune des questions de la présente ETMISS, les faits saillants des résultats des deux volets de cette ETMISS : la collecte des données issues des écrits scientifiques et la consultation des parties prenantes.

4.1. Question 1 : Quels éléments doivent être pris en considération tant par l'intervenant que par l'interprète (formel ou informel) lors d'une intervention auprès de l'utilisateur en personne ou par téléphone, afin d'assurer l'efficacité, la qualité et la sécurité des interventions?

Concernant cette question, les écrits scientifiques permettent de constater que les points de vue sur le rôle de l'interprète sont multiples et peuvent diverger et qu'en ce sens, il importe que l'intervenant, l'interprète et l'utilisateur prennent le temps de clarifier le rôle de l'interprète en début d'intervention. Les écrits scientifiques indiquent aussi que les usagers préfèrent, en général, que les interventions soient menées en collaboration avec un interprète formel et que la concordance de genre, de même que l'établissement d'un lien de confiance avec l'interprète et l'utilisateur contribuent à la satisfaction de ces derniers. De plus, les écrits scientifiques soulignent que bien que toutes les interventions en interprétariat puissent mener à une perte ou une distorsion de certaines informations, les interventions menées en collaboration avec des interprètes formels favorisent une meilleure transmission de l'information entre l'intervenant et l'utilisateur. D'autres facteurs, comme le respect de certaines règles de communication et une concordance d'origine et de dialecte entre l'interprète et l'utilisateur peuvent favoriser une bonne transmission de l'information. Il est néanmoins important de garder en tête que certaines modifications de l'information peuvent être pertinentes, voire nécessaires. Les écrits scientifiques permettent de comprendre que l'intervention par téléphone, même si elle occasionne une perte au niveau de la compréhension du non verbal, peut favoriser l'accès à des services d'interprétariat, particulièrement pour des langues rares. Finalement, les écrits scientifiques soulignent que le recours à un proche de l'utilisateur et particulièrement à un mineur pour agir à titre d'interprète peut avoir des conséquences négatives aux plans psychologiques et relationnels pour l'utilisateur et son proche. Finalement, les écrits scientifiques mentionnent l'importance de bien informer l'utilisateur de la possibilité d'accéder aux services d'un interprète formel, de choisir avec lui les services qui lui conviennent en matière d'interprétariat et de documenter cette information à son dossier.

Les consultations avec les parties prenantes permettent de confirmer que les points de vue divergent sur le rôle de l'interprète. Ces consultations mettent en lumière que la situation clinique a une grande importance dans la perception des intervenants du rôle de l'interprète : notamment, les situations lourdes de conséquences au plan clinique ou légal appellent à la neutralité de l'interprète alors que les interventions visant à établir la confiance sur le long terme demandent que l'interprète agisse davantage comme un courtier culturel. Un consensus émerge : lorsque l'interprète sort de sa posture de neutralité et modifie ou ajoute certaines informations, il doit le faire avec transparence et professionnalisme. Aussi, les consultations confirment ce que suggèrent les écrits scientifiques sur l'importance de discuter à trois du rôle de l'interprète avant le début de l'intervention. Les consultations permettent aussi de comprendre que les intervenants tentent généralement de favoriser l'établissement d'un lien de confiance entre l'interprète et l'utilisateur en respectant les préférences de l'utilisateur dans le choix de l'interprète, mais que cela peut s'avérer difficile pour des motifs cliniques ou logistiques. D'ailleurs, les consultations mettent en lumière la lourdeur du processus de planification logistique des interventions en interprétariat et la

confusion qui demeure concernant certains éléments de ce processus. Finalement, les consultations permettent de constater que la culture organisationnelle concernant le recours aux interprètes formels varie énormément d'un établissement à un autre et même d'un programme à un autre à l'intérieur d'un même établissement.

4.2. Question 2 : À quelles stratégies l'intervenant peut-il recourir en cas d'absence d'interprètes ou de refus de l'utilisateur d'utiliser un interprète (formel ou informel)?

Les écrits scientifiques permettent de constater que plusieurs stratégies peuvent être complémentaires à l'interprétariat, mais que l'utilisation de ces stratégies (par exemple l'utilisation d'outils de références linguistiques ou d'un langage de base dans une langue commune) pour pallier à l'absence d'interprète est risquée. Dans cette perspective, les écrits mentionnent que lors de l'usage de telles stratégies, la compréhension de l'information par l'utilisateur devrait être validée fréquemment en demandant à ce dernier de reformuler l'information dans ses mots. Par ailleurs, un interprète devrait être appelé dès que possible et l'information transmise jusque-là devrait être revue en présence de l'interprète.

La consultation avec les parties prenantes de constater que les intervenants sont au fait des limites des stratégies alternatives qu'ils utilisent. Dans cette perspective, si les ressources en interprétariat ne sont pas disponibles, les intervenants vont souvent opter pour une remise de la rencontre avec l'utilisateur si la situation clinique le permet. Sinon, ils vont parfois tenter de trouver une ressource alternative, par exemple via un organisme communautaire, un voisin ou un usager présent dans la salle d'attente. Si aucune ressource n'est trouvée ou si l'utilisateur refuse la présence d'un interprète, les interprètes tentent généralement d'aborder les éléments simples et qui ne portent pas trop à conséquence d'abord, en attendant de pouvoir mobiliser une ressource en interprétariat ou d'installer la confiance de l'utilisateur pour le convaincre d'accepter l'intervention en interprétariat.

4.3. Question 3 : Quels éléments devraient définir la formation continue des intervenants qui travaillent en présence d'interprète?

Concernant la formation continue des intervenants, les écrits scientifiques indiquent que les intervenants doivent développer une certaine sensibilité culturelle et mieux comprendre les risques d'une mauvaise compréhension des valeurs, croyances et traditions de l'utilisateur. Ils doivent aussi être sensibles à la pertinence de faire appel à un interprète formel et à la complexité du rôle de ce dernier. Les intervenants doivent aussi être sensibilisés à l'importance d'échanger certaines informations avec l'interprète avant et après l'intervention. Les écrits indiquent aussi que les intervenants doivent connaître les protocoles et procédures pour faire appel aux services d'interprétariat et planifier adéquatement leur temps d'intervention pour ce faire. Finalement, les écrits mentionnent que pendant l'intervention, l'intervenant doit savoir :

- 1) comment adapter son langage et son mode de communication à la présence d'un interprète et
- 2) comment reconnaître, prévenir et agir si l'intervention ne se déroule pas adéquatement.

La consultation des parties prenantes permet de constater que le niveau de sensibilité des intervenants à la pertinence de faire appel à des services d'interprétariat de même que leur niveau de connaissance des protocoles et procédures pour ce faire varient énormément d'un établissement et d'un programme à un

autre. De grandes variations sont aussi présentes en ce qui concerne l'échange d'information entre les interprètes et les intervenants avant et après l'intervention. En ce sens, les consultations permettent de souligner la préoccupation des intervenants pour le maintien de la confidentialité du dossier de l'utilisateur et leur inconfort à divulguer certaines informations à l'interprète avant l'intervention. En ce sens, les consultations indiquent que les intervenants doivent non seulement être sensibilisés à l'importance d'échanger certaines informations avec l'interprète, mais doivent aussi être outillés pour savoir comment choisir et transmettre les informations pertinentes à ces échanges, dans le respect de la confidentialité de l'utilisateur. La consultation permet aussi de constater que les intervenants connaissent peu les ressources alternatives en interprétariat, notamment que peu d'entre eux savent qu'il est possible de recourir à des services d'interprétariat par téléphone. Finalement, les consultations permettent de mettre en lumière que même chez les intervenants qui sont déjà sensibles à la pertinence des services d'interprétariat et qui en connaissent les protocoles et les procédures, il est difficile de mettre en place les meilleures pratiques sans un soutien et une reconnaissance de l'établissement par rapport au temps et aux énergies supplémentaires que demandent de telles interventions.

4.4. Question 4 : Quels éléments devraient définir le processus d'accueil-orientation des interprètes au sein des établissements?

Concernant le processus d'accueil-orientation des interprètes au sein des établissements, les écrits scientifiques permettent d'établir que les interprètes doivent être reconnus et soutenus et qu'au-delà de leur formation linguistique, ils doivent être formés pour intervenir dans le milieu de la santé et des services sociaux. En ce sens, les écrits mettent de l'avant l'importance de considérer l'interprète comme un membre de l'équipe d'intervention et d'échanger avec lui les informations pertinentes avant l'intervention et de rétroaction à la suite de l'intervention. En ce qui concerne la formation, les écrits indiquent que celle-ci doit permettre aux interprètes de mieux comprendre : les enjeux liés à la confidentialité et ceux liés aux interventions pouvant comporter des risques. Une formation permettrait aussi aux interprètes de mieux comprendre le rôle qu'ils doivent jouer en fonction des types d'intervention et d'acquérir des connaissances linguistiques fonctionnelles liées à la santé et aux services sociaux.

La consultation confirme le besoin des interprètes d'être reconnus, soutenus et formés. La consultation vient aussi appuyer l'importance pour les interprètes de pouvoir échanger avec les intervenants avant et après l'intervention de manière à se préparer et s'ajuster, aussi bien au plan technique qu'au plan émotif. La consultation met aussi en lumière l'importance, dans le cadre d'une formation pour les interprètes, de bien outiller ces derniers pour gérer leurs émotions en situation d'intervention. Lors d'une telle formation, les interprètes pourraient aussi bénéficier de l'acquisition de connaissances de base des techniques d'intervention et des termes techniques liés à la structure du réseau.

FORCES ET LIMITES

La présente ETMISSS visait à établir les éléments à prendre en compte dans la mise en œuvre des interventions en interprétariat, de même que dans la formation continue des intervenants et l'accueil-orientation des interprètes qui collaborent dans le cadre de ces interventions. Elle visait aussi à établir qu'elles sont les stratégies que peuvent utiliser les intervenants qui doivent agir en situation de barrière linguistique en l'absence d'interprète. Pour atteindre ces objectifs, deux méthodes ont été utilisées en complémentarité : une revue systématique des revues systématiques et des guides de pratique a été faite afin de dresser un portrait des données probantes pouvant répondre aux quatre questions de l'ETMISSS et une consultation des parties prenantes a été menée afin de déterminer dans quelle mesure les données probantes sont applicables au contexte du réseau de santé et services sociaux québécois et si d'autres éléments que les données probantes doivent être inclus dans l'élaboration des recommandations. Ces deux méthodes comportent chacune leurs forces et leurs limites.

En ce qui concerne la revue systématique des revues systématiques et des guides de pratique, la force principale de cette méthode est de permettre de tenir compte d'un très grand nombre d'écrits scientifiques pour répondre aux questions de cette ETMISSS. Le choix d'effectuer une revue des revues et des guides de pratique plutôt qu'une revue de sources primaires fait en sorte que les recommandations de la présente ETMISSS s'appuient sur un portrait large et complet des écrits scientifiques disponibles sur les interventions en interprétariat. En ce sens, il apparaît que les appuis scientifiques aux recommandations formulées sont nombreux. Toutefois, puisque ce ne sont pas toutes les revues systématiques et tous les guides de pratique inclus dans la présente ETMISSS qui fournissent la liste exhaustive de leurs sources primaires, il n'est pas possible d'établir le nombre réel de sources primaires uniques qui appuient les recommandations formulées. En effet, il est fort probable que certaines sources primaires aient été incluses dans plusieurs des revues systématiques et des guides inclus dans cette ETMISSS, diminuant ainsi le nombre d'études primaires fournissant des appuis scientifiques aux recommandations. Il est cependant impossible d'établir l'ampleur de ces recoupements dans les sources primaires utilisées sans avoir en main la liste exhaustive des sources primaires de chacune des revues systématiques et de chacun des guides. De plus, en s'appuyant sur des revues systématiques plutôt que sur des sources primaires, la revue systématique menée dans le cadre de cette ETMISSS perd en profondeur de contenu et en contextualisation. En effet, puisque les documents qui ont été analysés sont des revues systématiques et des guides de pratique qui rapportent eux-mêmes des informations provenant de sources primaires, les informations disponibles dans ces documents sont orientées en fonction de l'angle choisi pour ces revues. Puisque ces revues s'intéressent aux interventions en interprétariat, mais d'une perspective qui n'est jamais exactement celle de cette ETMISSS, il est fort probable que certaines informations disponibles dans les sources primaires qui auraient été pertinentes dans l'angle de cette ETMISSS n'ont pas été relevées dans les revues systématiques qui ont été analysées. Les revues qui à ce niveau étaient particulièrement problématiques parce que traitant de l'interprétariat seulement de manière marginale ont été considérées comme des sources complémentaires et sont libellées «revues complémentaires» dans la présentation des résultats. Par ailleurs, certaines revues systématiques et guides de pratique inclus dans la présente ETMISSS ne donnent que très peu d'informations sur la méthode grâce à laquelle ils ont évalué la qualité des sources primaires. Ce faisant, il est parfois difficile, voire impossible, d'établir avec certitude la valeur scientifique des données probantes présentées dans ces documents. Pour ces deux raisons, il a été considéré d'inclure dans la méthode de la présente ETMISSS une extraction et une évaluation de la qualité des sources primaires des revues systématiques et des guides de pratiques inclus. Cette idée a été rejetée parce qu'il est apparu que si la décision était prise d'inclure à l'analyse des sources primaires, il fallait procéder systématiquement et

refaire l'ensemble des démarches de la revue pour y inclure toutes les sources primaires disponibles (recherche documentaire, sélection et admissibilités des études, etc.). Ce faisant, la décision a été prise de tenir compte des limites inhérentes à la méthode de revues systématiques des revues systématiques et des guides de pratiques, sans faire l'analyse de la qualité ou l'extraction des sources primaires. Cela étant dit, la consultation des parties prenantes a permis d'appuyer et de contextualiser les résultats de la revue systématique permettant ainsi de diminuer les effets de cette limite sur les recommandations formulées.

Dans un autre ordre d'idée, une grande limite de la revue systématique menée dans le cadre de cette ETMISSS est le fait que la très grande majorité des écrits scientifiques inclus portent sur les interventions en interprétariat en santé. Puisque la présente ETMISSS porte sur les interventions en santé et en services sociaux, ce manque d'écrits en services sociaux limite la portée des recommandations à ce propos qui peuvent être faites sur la base de la revue systématique. Toutefois, encore ici, la consultation des parties prenantes, permet de pallier à une limite de la revue systématique puisque la grande majorité des intervenants ayant participé aux groupes de discussion menés dans le cadre de cette consultation sont des intervenants sociaux. En effet, bien que lors du recrutement les professionnels de la santé et des services sociaux aient été ciblés, il s'avère que les intervenants sociaux ont été plus nombreux à répondre présents à l'appel de cette consultation. Ainsi, la grande force de cette consultation est d'enrichir le volet services sociaux de la présente ETMISSS. Cela étant dit, il s'agit aussi d'une faiblesse de ce processus de consultation : il est difficile de conclure sur l'applicabilité dans le domaine de la santé des données probantes issues de la revue systématique puisque les intervenants de ce domaine ne sont que très peu représentés au sein des groupes de discussion. D'ailleurs, la représentativité des différentes catégories de parties prenantes est une limite plus généralisée de cette consultation puisque les usagers, les gestionnaires et les groupes communautaires n'y sont pas non plus représentés. Cela dit, le point de vue des gestionnaires a pu être considéré tout au long de la démarche d'ETMISSS puisqu'ils étaient représentés au sein du comité de pilotage et du comité délibératif.

Finalement, la stratégie de recherche documentaire de la présente ETMISSS n'incluait pas l'analyse des références des documents inclus afin de détecter des revues systématiques ou guides de pratiques qui auraient échappé aux autres stratégies de recherche documentaire.

Cela dit, la présente ETMISSS met en lumière une série d'éléments à prendre en compte lors des interventions en interprétariat de même que pour favoriser une bonne formation continue des intervenants en la matière et le processus d'accueil-orientation des interprètes. Elle présente aussi des pistes de stratégies pouvant être utilisées avec précautions en derniers recours lors d'intervention en situation de barrière linguistique en l'absence d'interprète. Les limites de cette ETMISSS expliquées ici permettent de rappeler que la mise en œuvre des recommandations de l'ETMISSS doit être faite sans perdre de vue les spécificités propres à chaque contexte, à chaque intervenant, à chaque usager, à chaque situation clinique.

RECOMMANDATIONS

À la lumière des résultats de la présente ETMISSS, le comité délibératif a statué sur 17 recommandations. Celles-ci sont formulées de manière à répondre directement à chacune des quatre questions de l'ETMISSS. En ce sens, certaines recommandations peuvent apparaître répétitives lorsqu'elles fournissent un élément de réponses à plus d'une question. Par ailleurs, il importe de rappeler que ces recommandations présentent des éléments à considérer, non des prescriptions. Certains éléments devront parfois être privilégiés au détriment d'autres éléments. Il ne faut pas perdre de vue que les interventions en interprétariat sont des interventions complexes et que les objectifs de cette ETMISSS étaient très larges. En ce sens, les contextes d'intervention sont trop variés pour qu'il soit possible, dans le cadre de cette ETMISSS, d'établir une hiérarchie décisionnelle. Ce faisant, cette hiérarchie doit être établie en tenant compte de chaque contexte spécifiquement et il faut, pour ce faire, en appeler au jugement professionnel des parties prenantes (intervenants, interprètes, gestionnaires).

Ainsi, en réponse à la première question de cette ETMISSS, qui est :

Quels éléments doivent être pris en considération tant par l'intervenant que par l'interprète (formel ou informel) lors d'une intervention auprès de l'utilisateur en personne ou par téléphone, afin d'assurer l'efficacité, la qualité et la sécurité des interventions?

Le comité délibératif statue que :

Lors de la mise en œuvre d'une intervention en interprétariat :

Il est fortement recommandé aux intervenants de :

1. Consigner et tenir à jour au dossier de l'utilisateur les informations concernant :
 - a. Les habiletés langagières de l'utilisateur à l'oral (et à l'écrit si nécessaire pour l'intervention) dans la ou les langues de service
 - b. Les préférences de l'utilisateur concernant les services d'interprétariat
 - c. Le refus de l'utilisateur d'avoir recours à un interprète (formel ou informel⁶)
 - d. Les interventions en interprétariat mises en œuvre
2. Faire part à l'utilisateur de la possibilité d'accès aux services gratuits et confidentiels d'un interprète formel et les bénéfices de ce service.
3. Choisir le type (formel ou informel) et la modalité (en présence ou par téléphone) des services d'interprétariat en considérant que :
 - a. Pour favoriser la qualité et la sécurité des services, il est préférable de recourir aux services d'un interprète formel en présence.
 - b. Le recours à un interprète mineur est à proscrire en toutes situations et que le recours à un interprète informel est fortement déconseillé dans les situations délicates, conflictuelles ou pouvant avoir des conséquences cliniques ou légales importantes.
 - c. Pour favoriser la qualité des services et le respect de l'intégrité de l'utilisateur, il peut être nécessaire de favoriser une concordance de genre et de dialecte entre l'utilisateur et l'interprète.

⁶ Rappelons que dans le cadre de cette ETMISSS, les interprètes formels sont définis comme étant des personnes ayant comme fonction professionnelle d'agir à titre d'interprètes et travaillant habituellement pour une banque d'interprètes, qu'ils aient reçu une formation ou non pour ce faire. Les interprètes informels sont des personnes qui agissent à titre d'interprète sans que cela soit leur fonction professionnelle. Il s'agit généralement des proches de l'utilisateur, du personnel bilingue de l'établissement ou de bénévoles de la communauté.

- d. Pour des raisons d'accès et de logistique, ainsi que pour respecter les préférences de l'utilisateur, il peut être pertinent de recourir aux services d'un interprète formel par téléphone ou à ceux d'un interprète informel.
- e. La décision concernant le type et la modalité des services d'interprétariat doit être discutée avec l'utilisateur et approuvée par ce dernier.

Il est fortement recommandé aux interprètes formels :

4. D'agir de manière transparente en indiquant à l'intervenant et à l'utilisateur lorsqu'ils font des ajouts, modifications ou reformulation d'information.
5. D'agir de manière professionnelle en maintenant une pratique réflexive⁷ quant à leur rôle.

Il est fortement recommandé à l'intervenant et l'interprète formel de travailler ensemble afin de :

6. Mettre en place des mécanismes favorisant la collaboration tels que:
 - a. Le partage des informations pertinentes concernant l'intervention avant celle-ci afin de permettre à l'interprète de se préparer techniquement et émotionnellement
 - b. Le partage de rétroactions entre intervenant et interprète à la suite des interventions.

Il est fortement recommandé à l'intervenant et l'interprète (formel ou informel) de travailler avec l'utilisateur à :

7. Clarifier le rôle de l'interprète
8. Énoncer, dès le début de l'intervention, des règles de communication à respecter :
 - a. Formuler des phrases simples et courtes
 - b. Éviter le jargon technique
 - c. Prendre le temps nécessaire aux demandes de clarifications et aux reformulations
 - d. Laisser fréquemment à l'interprète l'occasion d'interpréter
 - e. S'assurer que l'utilisateur et l'intervenant demeurent en interaction en maintenant le contact visuel et en s'adressant directement l'un à l'autre (Par exemple, l'intervenant s'adresse à l'utilisateur en disant : «Je pourrais vous revoir la semaine prochaine» plutôt que de s'adresser à l'interprète en parlant de l'utilisateur : «Je pourrais le revoir la semaine prochaine»).

En réponse à la deuxième question de cette ETMISS qui est :

À quelles stratégies l'intervenant peut-il recourir en cas d'absence d'interprètes ou de refus de l'utilisateur d'utiliser un interprète (formel ou informel)?

Le comité délibératif statue que :

En l'absence d'interprète ou lors d'un refus de l'utilisateur, il est fortement recommandé à l'intervenant, en se basant sur son jugement clinique, de :

⁷ Selon Perrenoud (2004), la pratique réflexive réfère à la réflexion du professionnel sur ses habitudes et schèmes d'action.

9. S'il s'agit d'un refus :
 - a. Tenter de mettre l'utilisateur en confiance et tenter de comprendre les raisons de ce refus.
 - b. Rappeler à l'utilisateur les bénéfices, la gratuité et la confidentialité de services d'un interprète formel.
10. En l'absence d'interprète disponible dans les ressources généralement utilisées (banque d'interprètes, proches de l'utilisateur, employés de l'établissement) :
 - a. Reporter le rendez-vous si la situation clinique le permet
 - b. Vérifier la possibilité d'avoir recours à des ressources alternatives (firmes privées, organismes communautaires, interprète informel autre qu'un proche, etc.).
11. Dans tous les cas, qu'il s'agisse d'un refus ou d'un manque de ressource :
 - a. Utiliser avec une grande prudence les stratégies suivantes :
 - i. L'utilisation d'un langage simple dans une langue commune en demandant régulièrement à l'utilisateur de reformuler dans ses mots les informations transmises par l'intervenant
 - ii. Des ouvrages ou outils de références linguistiques (dictionnaires, lexiques, outils de traduction en ligne)
 - iii. Des documents écrits, du matériel graphique ou audiovisuel
 - b. Faire appel à un interprète dès que possible et revoir en présence de celui-ci les informations importantes transmises précédemment afin de s'assurer que celles-ci ont bien été comprises.

En réponse à la troisième question de cette ETMISS qui est :

Quels éléments devraient définir la formation continue des intervenants qui travaillent en présence d'interprète?

Le comité délibératif statue que :

Il est fortement recommandé que la formation continue des intervenants en matière de services en interprétariat :

12. Sensibilise les intervenants aux conséquences possibles d'une mauvaise compréhension ou d'un manque de respect envers les valeurs, les croyances ou les traditions de l'utilisateur.
13. Favorise la collaboration avec les interprètes en amenant les intervenants à :
 - a. Être sensibles à l'importance et la complexité des rôles de l'interprète
 - b. Être sensibles à l'importance de partager les informations pertinentes concernant l'intervention
 - c. Savoir discriminer quelles sont les informations pertinentes à partager avec l'interprète et comment elles peuvent être formulées de manière à respecter la confidentialité
 - d. Connaître les protocoles et mécanismes d'accès et de planification des services d'interprétariat
 - e. Connaître les ressources alternatives en interprétariat (communautaires, services par téléphone, etc.)
 - f. Adopter, pendant l'intervention, les règles favorisant une bonne communication avec l'interprète et l'utilisateur
 - g. Savoir reconnaître, prévenir et agir lorsque l'intervention ne se passe pas adéquatement.

14. Fasse connaître aux intervenants les éléments à prendre en considération dans la mise en œuvre d'une intervention en interprétariat (voir recommandations 1 à 8).
15. Soit pensée en fonction de modalités qui :
 - a. Misent sur la sensibilité et la pratique réflexive des intervenants et évitent les généralisations pouvant nourrir les stéréotypes
 - b. S'appuient sur des principes andragogiques et des formateurs compétents
 - c. Incluent des mesures de soutien dans la mise en application des apprentissages telles que :
 - i. La reconnaissance par les établissements du temps nécessaire à la mise en œuvre d'une intervention en interprétariat (interventions plus longues, temps de planification, etc.)
 - ii. La formalisation des moments d'échange d'informations pré et post intervention entre l'interprète formel et l'intervenant

En réponse à la quatrième et dernière question de cette ETMISSS qui est :

Quels éléments devraient définir le processus d'accueil-orientation des interprètes au sein des établissements?

Le comité délibératif statue que :

Il est fortement recommandé que le processus d'accueil-orientation des interprètes formels au sein des établissements :

16. Offre soutien et reconnaissance aux interprètes via :
 - a. Le partage des informations pertinentes concernant l'intervention avant celle-ci afin de permettre à l'interprète de se préparer techniquement et émotionnellement
 - b. Le partage de rétroactions entre l'intervenant et l'interprète à la suite des interventions
17. Fournisse aux interprètes les connaissances nécessaires à l'intervention en contexte de diversité culturelle dans le milieu de la santé et des services sociaux afin de leur permettre de :
 - a. Mieux gérer leurs émotions face à l'intervention
 - b. Se familiariser avec les différents contextes techniques d'intervention afin de pouvoir ajuster leurs pratiques en fonction de ceux-ci
 - c. Se familiariser avec les termes techniques sociaux et médicaux de base ainsi que ceux propres à la structure du réseau
 - d. Savoir quelles sont les informations propres au contexte culturel de l'utilisateur qui doivent être transmises à l'intervenant et comment lui transmettre cette information de manière professionnelle.

Par ailleurs, les discussions du comité délibératif ont fait émerger des réflexions et des questionnements. Bien qu'ils aillent au-delà du cadre de cette ETMISSS, le comité délibératif a tenu à ce que ceux-ci soient mentionnés dans ce rapport, afin de nourrir la réflexion autour des interventions en interprétariat, que ce soit sur le plan de la pratique ou de la recherche.

La première réflexion est celle de la nécessité d'ancrer les interventions en interprétariat dans une perspective globale de développement des liens entre les établissements et la communauté. Dans cette perspective, il a été mentionné que les établissements se doivent de travailler à établir des liens significatifs avec les organismes communautaires, mais aussi avec les leaders formels et informels des différentes communautés culturelles afin de favoriser une meilleure collaboration avec les membres de ces communautés.

Toujours dans une perspective de développement organisationnelle des établissements, il a été mentionné que dans le contexte actuel de réorganisation et d'optimisation des ressources, la mise en œuvre des recommandations de cette ETMISSS peut être complexe. Ce faisant, il peut être pertinent, voire nécessaire, d'évaluer cette mise en œuvre afin d'en documenter les défis et, au besoin, de remettre les recommandations en perspective en fonction des enjeux contextuels propres à chaque milieu.

Une réflexion a aussi été soulevée concernant le statut des interprètes au sein des établissements. À ce propos, il a été mentionné qu'il serait pertinent d'évaluer la mise en œuvre et les effets de différents modèles d'intégration des interprètes formels au sein des établissements afin de conclure, notamment, sur la pertinence d'envisager l'embauche d'interprètes comme membres réguliers du personnel des établissements.

De plus, lors de la rencontre du comité délibératif, de même que lors d'un échange avec certains membres du comité de pilotage, il a été indiqué que davantage d'informations seraient nécessaires pour orienter la formation des interprètes et des intervenants en matière d'intervention en interprétariat par téléphone. La présente ETMISSS conclut que le besoin le plus pressant est de faire connaître les ressources d'interprétariat par téléphone aux intervenants, mais de futurs travaux pourraient se pencher sur le développement des habiletés des intervenants et des interprètes pour mener de telles interventions.

Finalement, en matière de formation, le comité délibératif soulignait l'importance de considérer la formation continue des intervenants en matière d'intervention en interprétariat comme devant s'inscrire dans une démarche plus globale de formation à l'intervention en contexte interculturel.

RÉFÉRENCES

- Alam, R., Speed, S., & Beaver, K. (2012). A scoping review on the experiences and preferences in accessing diabetes-related healthcare information and services by British Bangladeshis. *Health & Social Care in the Community, 20*(2), 155–171. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01027.x>
- Alcalay, R., Alvarado, M., Balcazar, H., Newman, E., & Huerta, E. (1999). Salud Para Su Corazón: A Community-Based Latino Cardiovascular Disease Prevention and Outreach Model. *Journal of Community Health, 24*(5), 359–379. <https://doi.org/10.1023/A:1018734303968>
- Alhomoud, F., Dhillon, S., Aslanpour, Z., & Smith, F. (2013). Medicine use and medicine-related problems experienced by ethnic minority patients in the United Kingdom: a review. *International Journal of Pharmacy Practice, 21*(5), 277–287. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12007>
- Allford, A., Qureshi, N., Barwell, J., Lewis, C., & Kai, J. (2014). What hinders minority ethnic access to cancer genetics services and what may help[quest]. *Eur J Hum Genet, 22*(7), 866–874.
- American Medical Association. (2006). *Improving communication, improving care: How health care organizations can ensure effective, patient-centered communication with people from diverse populations*. Retrieved from <http://www.ama-assn.org/resources/doc/ethics/pcc-consensus-report.pdf>
- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., & Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 24*(3, Supplement), 68–79. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00657-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00657-8)
- Appraisal of guidelines for research & evaluation. (2013). *AGREE II Instrument*. Retrieved from <http://www.agreetrust.org>
- Atkin, K., Ali, N., & Chu, C. E. (2009). The politics of difference? Providing a cancer genetics service in a culturally and linguistically diverse society. *Diversity in Health & Care, 6*(3), 149–157.
- Azarmina, P., & Wallace, P. (2005). Remote interpretation in medical encounters: a systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare, 11*(3), 140–145.
- Baker, D., Parker, R., Williams, M., Coates, W., & Pitkin, K. (1996). Use and effectiveness of interpreters in an emergency department. *JAMA, 275*(10), 783–788. <https://doi.org/10.1001/jama.1996.03530340047028>
- Battaglini, A., Alvarado, E., Poirier, L.-R., & Caulet, M. (2005). *Les services de première ligne et les populations immigrantes. Projet pilote : synthèse*. Montréal: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.
- Battaglini, A., & Léonard. (n.d.). *Projet de cadre national de référence en interprétariat*. Montréal: InterActions: CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.
- Bauer, A. M., & Alegría, M. (2010). Impact of Patient Language Proficiency and Interpreter Service Use on the Quality of Psychiatric Care: A Systematic Review. *Psychiatric Services, 61*(8), 765–773. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.8.765>
- Beauchamp, S., Drapeau, M., Dionne, C., & Duplantie, J. P. (2015). *Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux*. Montréal: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

- Bender, D. E., Harbour, C., Thorp, J., & Morris, P. (2001). Tell Me What you Mean by "Sí": Perceptions of Quality of Prenatal Care among Immigrant Latina Women. *Qualitative Health Research, 11*(6), 780–794. <https://doi.org/10.1177/104973230101100607>
- Bereknyei, S. (2012). *Fostering Linguistic Competency: A Case for Medical Education for Healthcare Providers*. UC Berkeley.
- Bereknyei, S., Nevins, A., Schillinger, E., Garcia, R. D., Elizabeth Stuart, A., & Braddock, C. H. (2010). Beyond Knowledge, Toward Linguistic Competency: An Experiential Curriculum. *Journal of General Internal Medicine, 25*(2), 155–159. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1271-7>
- Betancourt, J. R., Renfrew, M. R., Green, A. R., Lopez, L., & Wasserman, M. (2012). *Improving patient safety systems for patients with limited English proficiency: a guide for hospitals*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Bischoff, A., Bovier, P. A., Isah, R., Françoise, G., Ariel, E., & Louis, L. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine, 57*(3), 503–512. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00376-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00376-3)
- Bischoff, A., & Hudelson, P. (2010). Communicating With Foreign Language–Speaking Patients: Is Access to Professional Interpreters Enough? *Journal of Travel Medicine, 17*(1), 15–20. <https://doi.org/10.1111/j.1708-8305.2009.00314.x>
- Bourque, R. (2004). *Guide sur les services de santé et les services sociaux pour les interprètes en milieu social*. Montréal: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.
- Bowen, S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Santé Canada.
- Bowen, S. (2005). *Development of a coordinator response to addressing language barriers within the WRHA*. Office régional de la santé de Winnipeg.
- Brach, C., Dreyer, D., Schyve, P., Hernandez, L. M., Baur, C., Lemerise, A. J., & Parker, R. (2012). *Attributes of a health literate organization*. Retrieved from http://www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2012/Discussion-Papers/BPH_HLit_Attributes.pdf
- Brisset, C., Leanza, Y., & Laforest, K. (2013). Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Education and Counseling, 91*(2), 131–140. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.008>
- Carroll, J., Epstein, R., Fiscella, K., Gipson, T., Volpe, E., & Jean-Pierre, P. (2007). Caring for Somali women: Implications for clinician–patient communication. *Patient Education and Counseling, 66*(3), 337–345. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.01.008>
- Chan, C. (2000). A study of health services for the Chinese minority in Manchester. *British Journal of Community Nursing, 5*(3), 140–147.
- Cheng, I.-H., Drillich, A., & Schattner, P. (2015). Refugee experiences of general practice in countries of resettlement: a literature review. *British Journal of General Practice, 65*(632), e171. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X683977>

- Choudhury, S. M., Brophy, S., & Williams, R. (2009). Understanding and beliefs of diabetes in the UK Bangladeshi population. *Diabetic Medicine*, 26(6), 636–640. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2009.02741.x>
- 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. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0521>
- Critical Appraisal Skills Program. (2013). *CASP Checklist*. Retrieved from <http://www.casp-uk.net/#!/casp-tools-checklists/c18f8>
- Crossman, K. L., Wiener, E., Roosevelt, G., Bajaj, L., & Hampers, L. C. (2010). Interpreters: Telephonic, In-Person Interpretation and Bilingual Providers. *Pediatrics*, 125(3), e631. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0769>
- Culver, J., Burke, W., Yasui, Y., Durfy, S., & Press, N. (2001). Participation in Breast Cancer Genetic Counseling: The Influence of Educational Level, Ethnic Background, and Risk Perception. *Journal of Genetic Counseling*, 10(3), 215–231. <https://doi.org/10.1023/A:1016662524428>
- Diamond, L. C., & Jacobs, E. A. (2010). Let's Not Contribute to Disparities: The Best Methods for Teaching Clinicians How to Overcome Language Barriers to Health Care. *Journal of General Internal Medicine*, 25(2), 189–193. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1201-8>
- Diamond, L. C., Schenker, Y., Curry, L., Bradley, E. H., & Fernandez, A. (2009). Getting By: Underuse of Interpreters by Resident Physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 24(2), 256–262. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0875-7>
- Dilworth, T. J., 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 and Administrative Pharmacy*, 5(2), 108–120. <https://doi.org/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*, 19(2), 60–67. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl069>
- Drennan, G. (1996). Counting the cost of language services in psychiatry. *South African Medical Journal = Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Geneeskunde*, 86(4), 343–345.
- Drennan, G., & Swartz, L. (2002). The paradoxical use of interpreting in psychiatry. *Social Science & Medicine*, 54(12), 1853–1866. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00153-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00153-8)
- Edwards, R., Temple, B., & Alexander, C. (2005). Users' experiences of interpreters: The critical role of trust. *Interpreting*, 7(1), 77–95.
- Elderkin-Thompson, V., Cohen Silver, R., & Waitzkin, H. (2001). When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1343–1358. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00234-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00234-3)
- Eytan, A., Bischoff, A., Rrustemi, I., Durieux, S., Loutan, L., Gilbert, M., & Bovier, P. A. (2002). Screening of mental disorders in asylum-seekers from Kosovo. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(4), 499–503. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01044.x>

- Fagan, M. J., Diaz, J. A., Reinert, S. E., Sciamanna, C. N., & Fagan, D. M. (2003). Impact of Interpretation Method on Clinic Visit Length. *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 634–638. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20701.x>
- Fagerli, R. A., Lien, M. E., & Wandel, M. (2005). Experience of dietary advice among Pakistani-born persons with type 2 diabetes in Oslo. *Appetite*, 45(3), 295–304. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2005.07.003>
- Farooq, S., Kingston, P., & Regan, J. (2015). Working through interpreters in old age psychiatry: a literature review. *Mental Health Review Journal*, 20(1), 36–47.
- Fisher, J., & Hinchliff, S. (2013). Immigrant women's perceptions of their maternity care: a review of the literature part 1. *The Practising Midwife*, 16(1), 20–22.
- Flores, G. (2005). The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review*, 62(3), 255–299. <https://doi.org/10.1177/1077558705275416>
- Flores, G. (2006). Language Barriers to Health Care in the United States. *New England Journal of Medicine*, 355(3), 229–231. <https://doi.org/10.1056/NEJMp058316>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.01.025>
- 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. <https://doi.org/10.1542/peds.111.1.6>
- Flores, G., Rabke-Verani, J., Pine, W., & Sabharwal, A. (2002). The importance of cultural and linguistic issues in the emergency care of children. *Pediatric Emergency Care*, 18(4), 271–284.
- Fournier, M., Dagenais, P., & Martin, V. (2014). *Consultation des parties prenantes: Document de référence*. Montréal: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).
- Garcia, E. A., Roy, L. C., Okada, P. J., Perkins, S. D., & Wiebe, R. A. (2004). A Comparison of the Influence of Hospital-Trained, Ad Hoc, and Telephone Interpreters on Perceived Satisfaction of Limited English-Proficient Parents Presenting to a Pediatric Emergency Department. *Pediatric Emergency Care*, 20(6), 373–378.
- Giordano, S. (2007). Overview of the Advantages and Disadvantages of Professional and Child Interpreters for Limited English Proficiency Patients in General Health Care Situations. *Journal of Radiology Nursing*, 26(4), 126–131. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2007.09.002>
- Grace, C., Begum, R., Subhani, S., Kopelman, P., & Greenhalgh, T. (2008). Prevention of type 2 diabetes in British Bangladeshis: qualitative study of community, religious, and professional perspectives. *BMJ*, 337. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1931>
- Greenhalgh, T., Collard, A., & Begum, N. (2005). Sharing stories: complex intervention for diabetes education in minority ethnic groups who do not speak English. *BMJ*, 330(7492), 628. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7492.628>

- Greenhalgh, T., Helman, C., & Chowdhury, A. M. (1998). Health beliefs and folk models of diabetes in British Bangladeshis: a qualitative study. *BMJ*, *316*(7136), 978. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7136.978>
- Gulzar, Z., Goff, S., Njindou, A., Hearty, H., Rafi, I., Savage, R., ... Hodgson, S. (2007). Nurse-led cancer genetics clinics in primary and secondary care in varied ethnic population areas: interaction with primary care to improve ascertainment of individuals from ethnic minorities. *Familial Cancer*, *6*(2), 205–212. <https://doi.org/10.1007/s10689-007-9128-x>
- Hadziabdic, E. (2011). *The use of interpreter in healthcare: Perspectives of individuals, healthcare staff and families*. Linnaeus University, Vaxjo, Kalmar.
- Hadziabdic, E., Albin, B., Heikkilä, K., & Hjelm, K. (2010). Healthcare staffs perceptions of using interpreters: a qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, *11*(3), 260–270. <https://doi.org/10.1017/S146342361000006X>
- Hadziabdic, E., Heikkilä, K., Albin, B., & Hjelm, K. (2009). Migrants' perceptions of using interpreters in health care. *International Nursing Review*, *56*(4), 461–469. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00738.x>
- Hadziabdic, E., Heikkilä, K., Albin, B., & Hjelm, K. (2011). Problems and consequences in the use of professional interpreters: qualitative analysis of incidents from primary healthcare. *Nursing Inquiry*, *18*(3), 253–261. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00542.x>
- Hadziabdic, E., & Hjelm, K. (2013). Working with interpreters: practical advice for use of an interpreter in healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, *11*(1), 69–76. <https://doi.org/10.1111/1744-1609.12005>
- Han, A., Laranjo, H., & Friedman, S. M. (2009). The design and pilot of a translation aid to help ED clinicians enhance communication with the Portuguese-speaking patient. *International Journal of Emergency Medicine*, *2*(1), 41–46. <https://doi.org/10.1007/s12245-008-0081-8>
- Hawthorne, K. (2001). Effect of culturally appropriate health education on glycaemic control and knowledge of diabetes in British Pakistani women with type 2 diabetes mellitus. *Health Education Research*, *16*(3), 373–381. <https://doi.org/10.1093/her/16.3.373>
- Hawthorne, K., & Tomlinson, S. (1997). One-to-one teaching with pictures--flashcard health education for British Asians with diabetes. *British Journal of General Practice*, *47*(418), 301.
- Henderson, S., Kendall, E., & See, L. (2011). The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: a systematic literature review. *Health & Social Care in the Community*, *19*(3), 225–249. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00972.x>
- Herek, G. M., Gillis, J. R., Glunt, E. K., Lewis, J., Welton, D., & Capitano, J. P. (1998). Culturally Sensitive AIDS Educational Videos for African American Audiences: Effects of Source, Message, Receiver, and Context. *American Journal of Community Psychology*, *26*(5), 705–743. <https://doi.org/10.1023/A:1022157914906>
- Herrel, N., Olevitch, L., DuBois, D. K., Terry, P., Thorp, D., Kind, E., & Said, A. (2004). Somali Refugee Women Speak Out About Their Needs for Care During Pregnancy and Delivery. *The Journal of Midwifery & Women's Health*, *49*(4), 345–349. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.02.008>

- Hornberger, J. (1998). Evaluating the Costs of Bridging Language Barriers in Health Care. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(Suppl), 26–39.
- Hornberger, J., Gibson, C. D. J., Wood, W., Dequeldre, C., Corso, I., Palla, B., & Bloch, D. A. (1996). Eliminating Language Barriers for Non-English-Speaking Patients. *Medical Care*, 34(8), 845–856.
- Hornberger, J., Itakura, H., & Wilson, S. R. (1997). Bridging language and cultural barriers between physicians and patients. *Public Health Reports*, 112(5), 410–417.
- Huang, J., Ramos, C., Jones, K., & Regenstein, M. (2009). *Talking with Patients: How Hospitals Use Bilingual Clinicians and Staff to Care for Patients with Language Needs*. The George Washington University. School of public health and health services.
- Jacobs, B., Kroll, L., Green, J., & David, T. J. (1996). The hazards of using a child as an interpreter. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88, 474–475.
- Jacobs, C., Rawson, R., Champion, C., Caulfield, C., Heath, J., Burton, C., & Kavalier, F. (2007). Providing a community-based cancer risk assessment service for a socially and ethnically diverse population. *Familial Cancer*, 6(2), 189–195. <https://doi.org/10.1007/s10689-007-9134-z>
- Jenkins, C. N. H., McPhee, S. J., Bird, J. A., Pham, G. Q., Nguyen, B. H., Nguyen, T., ... Davis, T. B. (1999). Effect of a Media-Led Education Campaign on Breast and Cervical Cancer Screening among Vietnamese-American Women. *Preventive Medicine*, 28(4), 395–406. <https://doi.org/10.1006/pmed.1998.0444>
- Jones, D., & Gill, P. (1998). Breaking down language barriers. *British Medical Journal*, 316, 1476–1480.
- Jones, D., Gill, P., Harrison, R., Meakin, R., & Wallace, P. (2003). An exploratory study of language interpretation services provided by videoconferencing. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 9(1), 51–56. <https://doi.org/10.1258/135763303321159701>
- Kai, J., Beavan, J., & Faull, C. (2011). Challenges of mediated communication, disclosure and patient autonomy in cross-cultural cancer care. *Br J Cancer*, 105(7), 918–924.
- Kalichman, S. C., Kelly, J. A., Hunter, T. L., Murphy, D. A., & Tyler, R. (1993). Culturally tailored HIV-AIDS risk-reduction messages targeted to African-American urban women: Impact on risk sensitization and risk reduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 291–295.
- Kammarkollegiet. (2010). *God Tolksed. Vagledning For Auktoriserade Tolkar (Good Interpreting Practice. Guidance for Authorized Interpreters)*. Stockholm.
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x>
- Karliner, L. S., Pérez-Stable, E. J., & Gildengorin, G. (2004). The Language Divide. *Journal of General Internal Medicine*, 19(2), 175–183. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.30268.x>
- Kaufert, J. M., & Plutsch, R. W. (1997). Communication Through Interpreters in Healthcare: Ethical Dilemmas Arising From Differences in Class, Culture, Language, and Power. *Journal of Clinical Ethics*, 8(1), 71–87.

- Kuo, D., & Fagan, M. J. (1999). Satisfaction with Methods of Spanish Interpretation in an Ambulatory Care Clinic. *Journal of General Internal Medicine*, 14(9), 547–550. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1999.07258.x>
- Larizza, M. A., Wilson, R., & Dooley, M. J. (2009). Individualised Foreign Language Medication Lists for Non-English Speaking Hospital Patients. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 39(4), 277–280. <https://doi.org/10.1002/j.2055-2335.2009.tb00474.x>
- Larrison, C. R., Velez-Ortiz, D., Hernandez, P. M., Piedra, L. M., & Goldberg, A. (2010). Brokering Language and Culture: Can Ad Hoc Interpreters Fill the Language Service Gap at Community Health Centers? *Social Work in Public Health*, 25(3-4), 387–407. <https://doi.org/10.1080/19371910903241009>
- Lear, D. W. (2005). Spanish for Working Medical Professionals: Linguistic Needs. *Foreign Language Annals*, 38(2), 223–232. <https://doi.org/10.1111/j.1944-9720.2005.tb02487.x>
- Lee, L. J., Batal, H. A., Maselli, J. H., & Kutner, J. S. (2002). Effect of Spanish Interpretation Method on Patient Satisfaction in an Urban Walk-in Clinic. *Journal of General Internal Medicine*, 17(8), 641–646. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10742.x>
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative : fondements et pratiques*. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Li, S., Pearson, D., & Escott, S. (2010). Language barriers within primary care consultations: an increasing challenge needing new solutions. *Education for Primary Care*, 21(6), 385–391. <https://doi.org/10.1080/14739879.2010.11493944>
- Lipson, J. G., Weinstein, H. M., Gladstone, E. A., & Sarnoff, R. H. (2003). Bosnian and Soviet Refugees' Experiences with Health Care. *Western Journal of Nursing Research*, 25(7), 854–871. <https://doi.org/10.1177/0193945903256714>
- Locatis, C., Williamson, D., Gould-Kabler, C., Zone-Smith, L., Detzler, I., Roberson, J., ... Ackerman, M. (2010). Comparing In-Person, Video, and Telephonic Medical Interpretation. *Journal of General Internal Medicine*, 25(4), 345–350. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1236-x>
- MacFarlane, A., Dzebisova, Z., Karapish, D., Kovacevic, B., Ogbebor, F., & Okonkwo, E. (2009). Arranging and negotiating the use of informal interpreters in general practice consultations: Experiences of refugees and asylum seekers in the west of Ireland. *Social Science & Medicine*, 69(2), 210–214. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.022>
- Martin, V., Renaud, J., & Dagenais, P. (2013). *Les normes de production des revues systématiques: Guide méthodologique*. Montréal: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).
- Martinez, C. R., McClure, H. H., & Eddy, J. M. (2008). Language Brokering Contexts and Behavioral and Emotional Adjustment Among Latino Parents and Adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 29(1), 71–98. <https://doi.org/10.1177/0272431608324477>
- McLaughlin, S., & Rogers, J. (2006). *Constatation et recommandations du comité d'évaluation lexicale*. Montréal: Université McGill.
- Merrell, J., Kinsella, F., Murphy, F., Philpin, S., & Ali, A. (2005). Support needs of carers of dependent adults from a Bangladeshi community. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 549–557. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03539.x>

- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (De Boeck & Larcier). Bruxelles.
- Moreno, M. R., Otero-Sabogal, R., & Newman, J. (2007). Assessing Dual-Role Staff-Interpreter Linguistic Competency in an Integrated Healthcare System. *Journal of General Internal Medicine*, *22*(2), 331–335. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0344-8>
- Morris, M. D., Popper, S. T., Rodwell, T. C., Brodine, S. K., & Brouwer, K. C. (2009). Healthcare Barriers of Refugees Post-resettlement. *Journal of Community Health*, *34*(6), 529. <https://doi.org/10.1007/s10900-009-9175-3>
- Mudakiri, M. M. (2003). Undertaking mental health work using interpreters. In *Working with Interpreters in Mental Health* (Routledge, pp. 182–191). London.
- National Health Law Program. (2010). *What's in a word? A guide to understanding interpreting and translation in health care*. Retrieved from http://www.healthlaw.org/images/stories/whats_in_a_word_guide.pdf
- Ngo-Metzger, Q., Massagli, M. P., Clarridge, B. R., Manocchia, M., Davis, R. B., Iezzoni, L. I., & Phillips, R. S. (2003). Linguistic and Cultural Barriers to Care. *Journal of General Internal Medicine*, *18*(1), 44–52. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20205.x>
- O'Donnell, C. A., Higgins, M., Chauhan, R., & Mullen, K. (2007). “They think we’re OK and we know we’re not”. A qualitative study of asylum seekers’ access, knowledge and views to health care in the UK. *BMC Health Services Research*, *7*(1), 75. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-75>
- Ouimet, A., Trempe, N., Vissandjée, B., & Hemlin, I. (2013). *Adaptation linguistique des soins et des services de santé : enjeux et stratégies*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Palmer, D., & Ward, K. (2007). “Lost”: listening to the voices and mental health needs of forced migrants in London. *Medicine, Conflict and Survival*, *23*(3), 198–212. <https://doi.org/10.1080/13623690701417345>
- Paras, M., Leyva, O. A., Berthold, T., & Otake, R. N. (2002). *Videoconferencing Medical Interpretation: The Results of Clinical Trials*. Oakland: Health Access Foundation.
- Perrenoud, P. (2004). Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation. *Education permanente*, *160*. 35-60
- Philips, C. (2010). Using Interpreters: A Guide for GPs. *Australian Family Physician*, *39*(4), 188–197.
- Poss, J., & Beeman, T. (1999). Effective use of interpreters in health care: guidelines for nurse managers and clinicians. *Seminars for Nurse Managers*, *7*(4), 166–171.
- Prince, D., & Nelson, M. (1995). Teaching Spanish to Emergency Medicine Residents. *Academic Emergency Medicine*, *2*(1), 32–36. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1995.tb03076.x>
- Pumariega, A. J., & Rothe, E. (2010). Leaving no children or familiers outside: The challenges of immigration. *American Journal of Orthopsychiatry*, *80*(4), 505–515.
- Pumariega, A. J., Rothe, E., Mian, A., Carlisle, L., Toppelberg, C., Harris, T., & Smith, J. (2013). Practice parameter for cultural competence in child and adolescent psychiatric practice. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *52*(10), 1101–1115.

- Pumariega, A. J., Rothe, E., & Rogers, K. (2009). Cultural Competence in Child Psychiatric Practice. *Child & Adolescent Psychiatry, 48*, 362–366.
- QSource. (2005). *Underserved Quality Improvement Organization Support Center. CLAS Standards implementation tips*. Retrieved from <http://www.qsource.org/uqiosc/CLAS%20Standards%20Strategies%5B7AUG-2005%5D.pdf>
- Regenstein, M., Andres, E., & Wynia, M. K. (In press). *Safer use of physicians' second language skills in caring for patients with limited English proficiency: A report of the Commission to End Health Care Disparities with recommendations for clinicians, organizations, and policymakers*. Chicago, IL: American Medical Association.
- Rhodes, P., & Nocon, A. (2003). A problem of communication? Diabetes care among Bangladeshi people in Bradford. *Health & Social Care in the Community, 11*(1), 45–54. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2003.00398.x>
- Rhodes, P., Nocon, A., & Wright, J. (2003). Access to diabetes services: the experiences of Bangladeshi people in Bradford, UK. *Ethnicity & Health, 8*(3), 171–188. <https://doi.org/10.1080/1355785032000136407>
- Ring, D. C., Herndon, J. H., & Meyer, G. S. (2010). Case 34-2010 : A 65-Year-Old Woman with an Incorrect Operation on the Left Hand. *New England Journal of Medicine, 363*(20), 1950–1957. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1007085>
- Rose, P. R. (2011). Understanding cultural nuances and barriers to cultural appreciation. In *Cultural competency for health administration and public health* (Jones & Bartlett Publishers, pp. 41–56). Sudbury.
- Sadavoy, J., Meier, R., & Ong, A. Y. M. (2004). Barriers to Access to Mental Health Services for Ethnic Seniors: The Toronto Study. *The Canadian Journal of Psychiatry, 49*(3), 192–199. <https://doi.org/10.1177/070674370404900307>
- Schenker Y, Lo B, Ettinger KM, & Fernandez A. (2008). Navigating language barriers under difficult circumstances. *Annals of Internal Medicine, 149*(4), 264–269. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-149-4-200808190-00008>
- Sedgwick, J. E. C., Pearce, A. J., & Gulliford, M. C. (2003). Evaluation of Equity in Diabetes Health Care in Relation to African and Caribbean Ethnicity. *Ethnicity & Health, 8*(2), 121–133. <https://doi.org/10.1080/13557850303560>
- Sleptsova, M., Hofer, G., Morina, N., & Langewitz, W. (2014). The Role of the Health Care Interpreter in a Clinical Setting—A Narrative Review. *Journal of Community Health Nursing, 31*(3), 167–184. <https://doi.org/10.1080/07370016.2014.926682>
- Spike, E. A., Smith, M. M., & Harris, M. F. (2011). Access to primary health care services by community-based asylum seekers. *Medical Journal of Australia, 195*(4), 188–191.
- Srinivasa, J., Rowett, E., Dharni, N., Bhatt, H., Day, M., & Chu, C. E. (2007). Improving access to cancer genetics services in primary care: socio-economic data from North Kirklees. *Familial Cancer, 6*(2), 197–203. <https://doi.org/10.1007/s10689-007-9132-1>
- Srivastava, R. (2007). Cross-Cultural Communication. In *The Healthcare Professional's Guide to Clinical Cultural Competence* (Elsevier Canada, pp. 125–143). Toronto, ON.

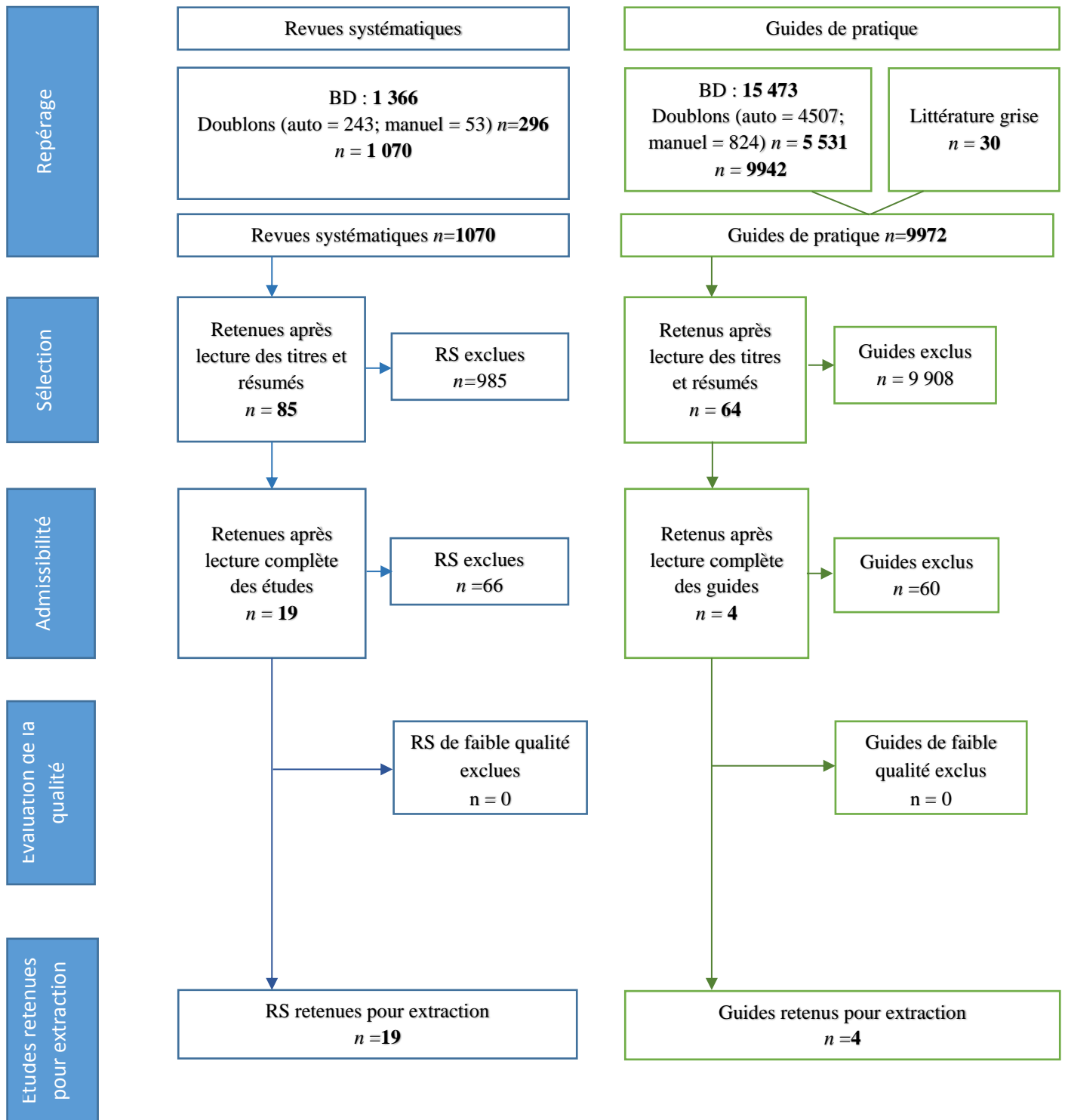
- Stevenson, H., & Davis, G. (1994). Impact of culturally sensitive AIDS video education on the AIDS risk knowledge of African-American adolescents. *AIDS Education & Prevention, 6*(1), 40–52.
- Stone, M. A., Patel, N., Daly, H., Martin-Stacey, L., Amin, S., Carey, M., ... Davies, M. J. (2008). Using qualitative research methods to inform the development of a modified version of a patient education module for non-English speakers with type 2 diabetes: experience from an action research project in two South Asian populations in the UK. *Diversity in Health & Social Care, 5*(3), 199–206.
- Suarez-Orozco, C., & Suarez-Orozco, M. (2001). *Children and Immigration* (Harvard University Press). Cambridge.
- Sussman, S., Parker, V. C., Lopes, C., Crippens, D. L., Elder, P., & Scholl, D. (1995). Empirical Development of Brief Smoking Prevention Videotapes Which Target African-American Adolescents. *International Journal of the Addictions, 30*(9), 1141–1164. <https://doi.org/10.3109/10826089509055832>
- Taveras, E. M., & Flores, G. (2004). Why culture and language matter: the clinical consequences of providing culturally and linguistically appropriate services to children in the emergency department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine, 5*(2), 76–84. <https://doi.org/10.1016/j.cpem.2004.01.004>
- The Robert Wood Foundation. (2007). *Improving quality health care relies on effective language services*. Washington, DC: George Washington University School of Public Health and Health Services.
- Thom, N. (2008). Using telephone interpreters to communicate with patients. *Nursing Times, 104*(46), 28–29.
- Tribe, R., & Keefe, A. (2009). Issues in using interpreters in therapeutic work with refugees. What is not being expressed? *European Journal of Psychotherapy & Counselling, 11*(4), 409–424. <https://doi.org/10.1080/13642530903444795>
- Tuffnell, D. J., Nuttall, K., Raistrick, J., & Jackson, T. L. (1994). Use of translated written material to communicate with non-English speaking patients. *BMJ (Clinical Research Ed.), 309*(6960), 992.
- US Department of Health and Human Services. (1999). *Four Racial/Ethnic Panels. Cultural Competence Standards in Managed Mental Health Care for Four Underserved/Underrepresented Racial/Ethnic Populations*. Rockville, MD.
- US Department of Health and Human Services. (2013). *National standards for culturally and linguistically appropriate services in health and health care*.
- Verdinelli, S., & Biever, J. . (2009). Spanish–English bilingual psychotherapists: Personal and professional language development and use. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 15*(3), 230–242.
- Wadensjo, C. (1998a). *Interpreting as interaction* (Longman). London.
- Wadensjo, C. (1998b). *Kontakt Genom Talk (Contact through an Interpreter)* (Dalogos). Stockholm.
- Wilson, C., Alam, R., Latif, S., Knighting, K., Williamson, S., & Beaver, K. (2012). Patient access to healthcare services and optimisation of self-management for ethnic minority populations living with diabetes: a systematic review. *Health & Social Care in the Community, 20*(1), 1–19. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01017.x>

- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0174.x>
- Youdelman, M., Perkins, J., Brooks, J. D., & Reid, D. (2007). *Providing language services in state and local health-related benefits: Examples from field*. Commonwealth Fund.
- Zeh, P. (2013). *Delivering Diabetes Care to Ethnic Diversity (DEDICATED): exploring potential barriers and solutions to delivering high quality diabetes care to people from ethnic minority groups*. University of Warwick.

ANNEXES

Annexe 1	Diagramme de sélection
Annexe 2	Rapport méthodologique
Annexe 3	Formulaire extraction
Annexe 4	Recherche de guides de pratique sur le web
Annexe 5	Guide d'animation interprètes
Annexe 6	Guide d'animation intervenants
Annexe 7	Guide d'animation mixte
Annexe 8	Recommandations préliminaires
Annexe 9	Formulaire de consentement
Annexe 10	Tableau de synthèse des revues
Annexe 11	Tableau de synthèse des guides
Annexe 12	Recommandations proposées - comité délibératif 28 février 2017
Annexe 13	Guide d'animation - rencontre comité délibératif 28 février 2017

ANNEXE 1 - DIAGRAMME DE SÉLECTION





Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'île-de-Montréal
Québec

Rapport méthodologique

ETMI INTERPRÉTARIAT

Line Marquis

Bibliothécaire responsable en collaboration avec Paule Asselin, bibliothécaire

Rapport complété le : 2015-09-08

BASES DE DONNÉES CONSULTÉES

Bases de données	Plateforme	Couverture	Date de consultation	Nb de références
PsycINFO	Ovid	1967 to August Week 4 2015	31 août 2015	Brut 2615
				RS 121
				GdP 1665
Medline	Ovid	1946 to August Week 3 2015	31 août 2015	Brut 7480
				RS 773
				GdP 3693
SWAB	Ovid	1968 to June 2015	31 août 2015	Brut 101
				RS 1
				GdP 69
Embase	Ovid	1974 to 2015 August 28	31 août 2015	Brut 5478
				RS 184
				GdP 3822



Bases de données	Plateforme	Couverture	Date de consultation	Nb de références
Francis	EBSCOhost	1984-2014	1 ^{er} septembre 2015	Brut 515 RS 13 GdP 309
CINAHL Plus	EBSCOhost	1937-à ce jour	2 septembre 2015	Brut 5745 RS 93 GdP 3069
Social Services Abstracts ¹	Proquest	1979 à ce jour	3 septembre 2015	Brut 613 RS 8 GdP 397
Dissertations and Theses ²	Proquest	1861 à ce jour	3 septembre 2015	Brut 1845 RS 20 GdP 1470
Web of Science	Thomson Reuters	1945 à ce jour	3 septembre 2015	Brut 3858 RS 153 GdP 2449
			Total BRUT	Brut 26405 Unique 18707 Doublon 7698
			Total RS	Brut 1366 Unique 1123 Doublon 243
			Total GdP	Brut 15473 Unique 10966 Doublon 4507

¹ Dû à l'instabilité de la plateforme Proquest et au petit nombre de références obtenues pour le « concept interprétariat », la stratégie de recherche a été simplifiée, ne tenant pas compte du « concept santé services sociaux ».

² Dû à l'instabilité de la plateforme Proquest, seules les références « RS » ont pu être téléchargées

PsycINFO (Ovid)

#	Équations	Résultats
#1	interpreters/	539
#2	interpreter*.ti,ab,id.	2260
#3	(interpret* adj2 (informal or service* or profession* or interaction* or work* or language or medical)).ti,ab,id.	2603
#4	language proficiency/	3734
#5	(language adj3 (barrier* or proficien*)).ti,ab,id.	4072
#6	(limited adj2 proficien*).ti,ab,id.	852
#7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	10561
#8	exp health care services/	87232
#9	exp mental health personnel/ or clinicians/ or counselors/ or exp medical personnel/ or psychologists/ or social workers/	130788
#10	exp psychiatry/	39224
#11	exp social services/	36324
#12	exp child welfare/	6606
#13	(child welfare or child protecti* or protective service* or CPS or protection service* or out-of-home placement* or out-of-home care* or group home* or group living).ti,ab,id.	14211
#14	((social or psychiatric or psychological or medical or clinical or residential or institution* or substitute or foster or primary or first line or home) adj2 (care or service* or practice* or work* or encounter* or setting* or facilit* or unit* or treatment)).ti,ab,id.	231327
#15	(ambulatory or emergency or clinics or CLSC).ti,ab,id.	39002
#16	(staff or doctor* or medical personnel or nurse* or psychologists or clinician* or health personnel or practitioner*).ti,ab,id.	291508
#17	(health care or healthcare or health center* or health service* or hospital* or mental health or rehabilitation center*).ti,ab,id.	313954
#18	((juvenile or youth or young or teen or adolescen*) adj2 (prison or detention or correction* or probation*)).ti,ab,id.	1488
#19	8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18	743568
#20	7 and 19	2615
#21	(meta-analysis or systematic review or literature review).md. or (systematic review* or meta-analysis or metaanalysis or literature review*).ti,ab.	139046
#22	20 and 21	121
#23	best practices/ or evidence based practice/ or professional standards/ or exp "quality of services"/ or treatment guidelines/	39689
#24	(evidence based or framework* or guidance or guideline* or implication* or principle* or advice* or polic* or professional development or technical competence or recommendation* or standard* or practice* or model* or skills or tool* or strateg*).ti,ab,id.	1576277
#25	23 or 24	1582066
#26	20 and 25	1764
#27	26 not 22	1665

MEDLINE (OVID)

#	Équations	Résultats
#1	Translating/	3236
#2	interpreter*.ti,ab,kf.	2097
#3	(interpret* adj2 (informal or service* or profession* or interaction* or work* or language or medical)).ti,ab,kf.	2165
#4	Communication Barriers/	5125
#5	(language adj3 (barrier* or proficien*)).ti,ab,kf.	1924
#6	(limited adj2 proficien*).ti,ab,kf.	498
#7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	12419
#8	exp Health Services/	1675842
#9	exp Health Personnel/	391639
#10	exp Psychiatry/	91238
#11	exp Child Welfare/	28389
#12	(child welfare or child protecti* or protective service* or CPS or protection service* or out-of-home placement* or out-of-home care* or group home* or group living).ti,ab,kf.	12419
#13	((social or psychiatric or psychological or medical or clinical or residential or institution* or substitute or foster or primary or first line or home) adj2 (care or service* or practice* or work* or encounter* or setting* or facilit* or unit* or treatment)).ti,ab,kf.	515446
#14	(ambulatory or emergency or clinics or CLSC).ti,ab,kf.	271622
#15	(staff or doctor* or medical personnel or nurse* or psychologists or clinician* or health personnel or practitioner*).ti,ab,kf.	557004
#16	(health care or healthcare or health center* or health service* or hospital* or mental health or rehabilitation center*).ti,ab,kf.	1220494
#17	((juvenile or youth or young or teen or adolescen*) adj2 (prison or detention or correction* or probation*)).ti,ab,kf.	658
#18	8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17	3345019
#19	7 and 18	7480
#20	(meta-analysis or review).pt. or (systematic or review).ti. or (systematic review* or meta-analysis or metaanalysis).ti,ab.	2131966
#21	19 and 20	773
#22	exp Guidelines as Topic/ or exp Evidence-Based Practice/	179843
#23	"Quality of Health Care"/st [Standards]	5481
#24	"Delivery of Health Care"/st [Standards]	8862
#25	Clinical Competence/st [Standards]	14598
#26	Quality Assurance, Health Care/st [Standards]	4674
#27	Quality Improvement/st [Standards]	815
#28	(evidence based or framework* or guidance or guideline* or implication* or principle* or advice* or polic* or professional development or technical competence or recommendation* or standard* or practice* or model* or skills or tool* or strateg*).ti,ab,kf.	4238792
#29	22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28	4316552
#30	19 and 29	4227
#31	30 not 21	3693

SWAB (OVID)

#	Équations	Résultats
#1	interpreter*.ti,ab,hw.	40
#2	(interpret* adj2 (informal or service* or profession* or interaction* or work* or language or medical)).ti,ab,hw.	62
#3	(language adj3 (barrier* or proficien*)).ti,ab,hw.	58
#4	(limited adj2 proficien*).ti,ab,hw.	13
#5	1 or 2 or 3 or 4	154
#6	(child welfare or child protecti* or protective service* or CPS or protection service* or out-of-home placement* or out-of-home care* or group home* or group living).ti,ab,hw.	3371
#7	((social or psychiatric or psychological or medical or clinical or residential or institution* or substitute or foster or primary or first line or home) adj2 (care or service* or practice* or work* or encounter* or setting* or facilit* or unit* or treatment)).ti,ab,hw.	24571
#8	(ambulatory or emergency or clinics or CLSC).ti,ab,hw.	898
#9	(staff or doctor* or medical personnel or nurse* or psychologists or clinician* or health personnel or practitioner*).ti,ab,hw.	8001
#10	(health care or healthcare or health center* or health service* or hospital* or mental health or rehabilitation center*).ti,ab,hw.	10816
#11	((juvenile or youth or young or teen or adolescen*) adj2 (prison or detention or correction* or probation*)).ti,ab,hw.	85
#12	6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11	34393
#13	5 and 12	101
#14	(systematic review* or literature review* or meta-analysis or metaanalysis).ti,ab,hw.	541
#15	13 and 14	1
#16	(evidence based or framework* or guidance or guideline* or implication* or principle* or advice* or polic* or professional development or technical competence or recommendation* or standard* or practice* or model* or skills or tool* or strateg*).ti,ab,hw.	39088
#17	13 and 16	69
#18	17 not 15	69

EMBASE (OVID)

#	Équations	Résultats
#1	interpreter service/	329
#2	interpreter*.ti,ab,kw.	3070
#3	(interpret* adj2 (informal or service* or profession* or interaction* or work* or language or medical)).ti,ab,kw.	3061
#4	language proficiency/	2
#5	(language adj3 (barrier* or proficien*)).ti,ab,kw.	2950
#6	(limited adj2 proficien*).ti,ab,kw.	703
#7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	8281
#8	exp health service/ or exp health care delivery/	3901492
#9	mental health service/	46852
#10	exp psychiatry/	120533
#11	social work/	21288
#12	child welfare/	16302
#13	exp health care personnel/	1043082
#14	social worker/ or psychologist/ or exp nurse/ or exp physician/	577536
#15	(child welfare or child protecti* or protective service* or CPS or protection service* or out-of-home placement* or out-of-home care* or group home* or group living).ti,ab,kw.	16857
#16	((social or psychiatric or psychological or medical or clinical or residential or institution* or substitute or foster or primary or first line or home) adj2 (care or service* or practice* or work* or encounter* or setting* or facilit* or unit* or treatment)).ti,ab,kw.	765281
#17	(ambulatory or emergency or clinics or CLSC).ti,ab,kw.	413133
#18	(staff or doctor* or medical personnel or nurse* or psychologists or clinician* or health personnel or practitioner*).ti,ab,kw.	770718
#19	(health care or healthcare or health center* or health service* or hospital* or mental health or rehabilitation center*).ti,ab,kw.	1811549
#20	((juvenile or youth or young or teen or adolescen*) adj2 (prison or detention or correction* or probation*)).ti,ab,kw.	918
#21	8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20	5930702
#22	7 and 21	5478
#23	(meta-analysis or systematic review or literature review).sh. or (systematic or review).ti. or (systematic review* or meta-analysis or metaanalysis).ti,ab.	498612
#24	22 and 23	184
#25	exp health care quality/ or exp evidence based practice/	2678316
#26	(evidence based or framework* or guidance or guideline* or implication* or principle* or advice* or polic* or professional development or technical competence or recommendation* or standard* or practice* or model* or skills or tool* or strateg*).ti,ab,kw.	6027150
#27	25 or 26	7722060
#28	22 and 27	3985
#29	28 not 24	3822

FRANCIS (EBSCOHOST)

#	Équations	Résultats
#1	TI interpreter* OR AB interpreter* OR SU interpreter*	3508
#2	TI (interpret* N2 (informal OR service* OR profession* OR interaction* OR work* OR language OR medical)) OR AB (interpret* N2 (informal OR service* OR profession* OR interaction* OR work* OR language OR medical)) OR SU (interpret* N2 (informal OR service* OR profession* OR interaction* OR work* OR language OR medical))	1166
#3	TI (language N3 (barrier* OR proficien*)) OR AB (language N3 (barrier* OR proficien*)) OR SU (language N3 (barrier* OR proficien*))	910
#4	TI limited N2 proficien* OR AB limited N2 proficien* OR SU limited N2 proficien*	83
#5	1 or 2 or 3 or 4	5348
#6	TI ("child welfare" OR "child protecti*" OR "protective service*" OR CPS OR "protection service*" OR "out-of-home placement*" OR "out-of-home care*" OR "group home*" OR "group living") OR AB ("child welfare" OR "child protecti*" OR "protective service*" OR CPS OR "protection service*" OR "out-of-home placement*" OR "out-of-home care*" OR "group home*" OR "group living") OR SU ("child welfare" OR "child protecti*" OR "protective service*" OR CPS OR "protection service*" OR "out-of-home placement*" OR "out-of-home care*" OR "group home*" OR "group living")	2575
#7	TI ((social OR psychiatric OR psychological OR medical OR clinical OR residential OR institution* OR substitute OR foster OR primary OR "first line" OR home) N2 (care OR service* OR practice* OR work* OR encounter* OR setting* OR facilit* OR unit* OR treatment)) OR AB ((social OR psychiatric OR psychological OR medical OR clinical OR residential OR institution* OR substitute OR foster OR primary OR "first line" OR home) N2 (care OR service* OR practice* OR work* OR encounter* OR setting* OR facilit* OR unit* OR treatment)) OR SU ((social OR psychiatric OR psychological OR medical OR clinical OR residential OR institution* OR substitute OR foster OR primary OR "first line" OR home) N2 (care OR service* OR practice* OR work* OR encounter* OR setting* OR facilit* OR unit* OR treatment))	52617
#8	TI (ambulatory OR emergency OR clinics OR CLSC) OR AB (ambulatory OR emergency OR clinics OR CLSC) OR SU (ambulatory OR emergency OR clinics OR CLSC)	18262
#9	TI (staff OR doctor* OR "medical personnel" OR nurse* OR psychologists OR clinician* OR "health personnel" OR practitioner*) OR AB (staff OR doctor* OR "medical personnel" OR nurse* OR psychologists OR clinician* OR "health personnel" OR practitioner*) OR (staff OR doctor* OR "medical personnel" OR nurse* OR psychologists OR clinician* OR "health personnel" OR practitioner*)	66736
#10	TI ("health care" OR healthcare OR "health center*" OR "health service*" OR hospital* OR "mental health" OR "rehabilitation center*") OR AB ("health care" OR healthcare OR "health center*" OR "health service*" OR hospital* OR "mental health" OR "rehabilitation center*") OR SU ("health care" OR healthcare OR "health center*" OR "health service*" OR hospital* OR "mental health" OR "rehabilitation center*")	103542
#11	TI ((juvenile OR youth OR young OR teen OR adolescen*) N2 (prison OR detention OR correction* OR probation*)) OR AB ((juvenile OR youth OR young OR teen OR adolescen*) N2 (prison OR detention OR correction* OR probation*)) OR SU ((juvenile OR youth OR young OR teen OR adolescen*) N2 (prison OR detention OR correction* OR probation*))	269
#12	6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11	188965
#13	5 AND 12	515
#14	TI ("systematic review*" OR "meta-analysis" OR metaanalysis or literature review*) OR AB ("systematic review*" OR "meta-analysis" OR metaanalysis or literature review*) OR SU ("systematic review*" OR "meta-analysis" OR metaanalysis or literature review*)	17108

#15	13 AND 14	13
#16	TI ("evidence based" OR framework* OR guidance OR guideline* OR implication* OR principle* OR advice* OR polic* OR "professional development" OR "technical competence" OR recommendation* OR standard* OR practice* OR model* OR skills OR tool* OR strateg*) OR AB ("evidence based" OR framework* OR guidance OR guideline* OR implication* OR principle* OR advice* OR polic* OR "professional development" OR "technical competence" OR recommendation* OR standard* OR practice* OR model* OR skills OR tool* OR strateg*) OR SU ("evidence based" OR framework* OR guidance OR guideline* OR implication* OR principle* OR advice* OR polic* OR "professional development" OR "technical competence" OR recommendation* OR standard* OR practice* OR model* OR skills OR tool* OR strateg*)	576931
#17	13 AND 16	320
#18	17 NOT 15	309

CINAHL (EBSCOHOST)

#	Équations	Résultats
#1	(MH "Interpreter Services")	1431
#2	(MH "Communication Barriers")	3949
#3	TI interpreter* OR AB interpreter* OR SU interpreter*	2041
#4	TI (interpret* N2 (informal OR service* OR profession* OR interaction* OR work* OR language OR medical)) OR AB (interpret* N2 (informal OR service* OR profession* OR interaction* OR work* OR language OR medical)) OR SU (interpret* N2 (informal OR service* OR profession* OR interaction* OR work* OR language OR medical))	2483
#5	TI (language N3 (barrier* OR proficien*)) OR AB (language N3 (barrier* OR proficien*)) OR SU (language N3 (barrier* OR proficien*))	1356
#6	TI limited N2 proficien* OR AB limited N2 proficien* OR SU limited N2 proficien*	373
#7	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6	7395
#8	(MH "Health Services+")	732533
#9	(MH "Social Welfare+")	37070
#10	(MH "Psychiatry+")	12256
#11	(MH "Health Personnel+")	389567
#12	TI ("child welfare" OR "child protecti*" OR "protective service*" OR CPS OR "protection service*" OR "out-of-home placement*" OR "out-of-home care*" OR "group home*" OR "group living") OR AB ("child welfare" OR "child protecti*" OR "protective service*" OR CPS OR "protection service*" OR "out-of-home placement*" OR "out-of-home care*" OR "group home*" OR "group living") OR SU ("child welfare" OR "child protecti*" OR "protective service*" OR CPS OR "protection service*" OR "out-of-home placement*" OR "out-of-home care*" OR "group home*" OR "group living")	15420
#13	TI ((social OR psychiatric OR psychological OR medical OR clinical OR residential OR institution* OR substitute OR foster OR primary OR "first line" OR home) N2 (care OR service* OR practice* OR work* OR encounter* OR setting* OR facilit* OR unit* OR treatment)) OR AB ((social OR psychiatric OR psychological OR medical OR clinical OR residential OR institution* OR substitute OR foster OR primary OR "first line" OR home) N2 (care OR service* OR practice* OR work* OR encounter* OR setting* OR facilit* OR unit* OR treatment)) OR SU ((social OR psychiatric OR psychological OR medical OR clinical OR residential OR institution* OR substitute OR foster OR primary OR "first line" OR home) N2 (care OR service* OR practice* OR work* OR encounter* OR setting* OR facilit* OR unit* OR treatment))	318151
#14	TI (ambulatory OR emergency OR clinics OR CLSC) OR AB (ambulatory OR emergency OR clinics OR CLSC) OR SU (ambulatory OR emergency OR clinics OR CLSC)	158126
#15	TI (staff OR doctor* OR "medical personnel" OR nurse* OR psychologists OR clinician* OR "health personnel" OR practitioner*) OR AB (staff OR doctor* OR "medical personnel" OR nurse* OR psychologists OR clinician* OR "health personnel" OR practitioner*) OR (staff OR doctor* OR "medical personnel" OR nurse* OR psychologists OR clinician* OR "health personnel" OR practitioner*)	566376
#16	TI ("health care" OR healthcare OR "health center*" OR "health service*" OR hospital* OR "mental health" OR "rehabilitation center*") OR AB ("health care" OR healthcare OR "health center*" OR "health service*" OR hospital* OR "mental health" OR "rehabilitation center*") OR SU ("health care" OR healthcare OR "health center*" OR "health service*" OR hospital* OR "mental health" OR "rehabilitation center*")	741207

#17	TI ((juvenile OR youth OR young OR teen OR adolescen*) N2 (prison OR detention OR correction* OR probation*)) OR AB ((juvenile OR youth OR young OR teen OR adolescen*) N2 (prison OR detention OR correction* OR probation*)) OR SU ((juvenile OR youth OR young OR teen OR adolescen*) N2 (prison OR detention OR correction* OR probation*))	417
#18	8 OR 9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15 OR 16 OR 17	1735659
#19	7 AND 18	5745
#20	TI ("systematic review*" OR "meta-analysis" OR metaanalysis) OR AB ("systematic review*" OR "meta-analysis" OR metaanalysis) OR SU ("systematic review*" OR "meta-analysis" OR metaanalysis)	69079
#21	19 AND 20	93
#22	MM "Professional Practice, Evidence-Based"	7469
#23	TI ("evidence based" OR framework* OR guidance OR guideline* OR implication* OR principle* OR advice* OR polic* OR "professional development" OR "technical competence" OR recommendation* OR standard* OR practice* OR model* OR skills OR tool* OR strateg*) OR AB ("evidence based" OR framework* OR guidance OR guideline* OR implication* OR principle* OR advice* OR polic* OR "professional development" OR "technical competence" OR recommendation* OR standard* OR practice* OR model* OR skills OR tool* OR strateg*) OR SU ("evidence based" OR framework* OR guidance OR guideline* OR implication* OR principle* OR advice* OR polic* OR "professional development" OR "technical competence" OR recommendation* OR standard* OR practice* OR model* OR skills OR tool* OR strateg*)	1242411
#24	22 OR 23	1242411
#25	19 AND 24	3138
#26	25 NOT 21	3069

SOCIAL SERVICES ABSTRACTS (PROQUEST)

#	Équations	Résultats
#1	ti,ab,su(interpreter*)	116
#2	ti,ab,su(interpret* NEAR/2 (informal or service* or profession* or interaction* or work* or language or medical))	294
#3	ti,ab,su(language NEAR/3 (barrier* or proficien*))	261
#4	ti,ab,su(limited NEAR/2 proficien*)	51
#5	1 OR 2 OR 3 OR 4	613
#6	ti(systematic OR review) OR ti,ab,su("systematic review*" OR "meta-analysis" OR metaanalysis)	7364
#7	5 AND 6	8
#8	ti,ab,su("evidence based" OR framework* OR guidance OR guideline* OR implication* OR principle* OR advice* OR polic* OR "professional development" OR "technical competence" OR recommendation* OR standard* OR practice* OR model* OR skills OR tool* OR strateg*)	127724
#9	5 AND 8	403
#10	9 NOT 7	397

DISSERTATIONS AND THESES (PROQUEST)

#	Équations	Résultats
#1	ti,ab,su(interpreter*)	3663
#2	ti,ab,su(interpret* NEAR/2 (informal or service* or profession* or interaction* or work* or language or medical))	4382
#3	ti,ab,su(language NEAR/3 (barrier* or proficien*))	3934
#4	ti,ab,su(limited NEAR/2 proficien*)	1174
#5	1 OR 2 OR 3 OR 4	12271
#6	ti,ab,su("child welfare" OR "child protecti*" OR "protective service*" OR CPS OR "protection service*" OR "out-of-home placement*" OR "out-of-home care*" OR "group home*" OR "group living")	5462
#7	ti,ab,su((social OR psychiatric OR psychological OR medical OR clinical OR residential OR institution* OR substitute OR foster OR primary OR "first line" OR home) NEAR/2 (care OR service* OR practice* OR work* OR encounter* OR setting* OR facilit* OR unit* OR treatment))	106880
#8	ti,ab,su(ambulatory OR emergency OR clinics OR CLSC)	25375
#9	ti,ab,su(staff OR doctor* OR medical personnel OR nurse* OR psychologists OR clinician* OR "health personnel" OR practitioner*)	129080
#10	ti,ab,su("health care" OR healthcare OR "health center*" OR "health service*" OR hospital* OR "mental health" OR "rehabilitation center*")	103630
#11	ti,ab,su((juvenile OR youth OR young OR teen OR adolescen*) NEAR/2 (prison OR detention OR correction* OR probation*))	943
#12	6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11	288868
#13	5 AND 12	1845
#14	ti(systematic OR review) OR ti,ab,su("systematic review*" OR "meta-analysis" OR metaanalysis)	15076
#15	13 AND 14	20
#16	ti,ab,su("evidence based" OR framework* OR guidance OR guideline* OR implication* OR principle* OR advice* OR polic* OR "professional development" OR "technical competence" OR recommendation* OR standard* OR practice* OR model* OR skills OR tool* OR strateg*)	1617849
#17	13 AND 16	1488
#18	17 NOT 15	1470

WEB OF SCIENCE (THOMPSON REUTERS)

#	Équations	Résultats
#1	TS=(interpreter*)	7836
#2	TS=(interpret* NEAR/2 (informal or service* or profession* or interaction* or work* or language or medical))	8901
#3	TS=(language NEAR/3 (barrier* or proficien*))	5305
#4	TS=(limited NEAR/2 proficien*)	902
#5	1 OR 2 OR 3 OR 4	20634
#6	TS=("child welfare" OR "child protecti*" OR "protective service*" OR CPS OR "protection service*" OR "out-of-home placement*" OR "out-of-home care*" OR "group home*" OR "group living")	21567
#7	TS=((social or psychiatric or psychological or medical or clinical or residential or institution* or substitute or foster or primary or "first line" or home) NEAR/2 (care or service* or practice* or work* or encounter* or setting* or facilit* or unit* or treatment))	648660
#8	TS=(ambulatory OR emergency OR clinics OR CLSC)	401705
#9	TS=(staff OR doctor* OR "medical personnel" OR nurse* OR psychologists OR clinician* OR "health personnel" OR practitioner*)	529245
#10	TS=("health care" OR healthcare OR "health center*" OR "health service*" OR hospital* OR "mental health" OR "rehabilitation center*")	1040510
#11	TS=((juvenile OR youth OR young OR teen OR adolescen*) NEAR/2 (prison OR detention OR correction* OR probation*))	1775
#12	6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11	2110599
#13	5 AND 12	3858
#14	TI=(systematic OR review) OR TS=("systematic review*" OR "meta-analysis" OR metaanalysis)	580815
#15	13 AND 14	153
#16	TS=("evidence based" OR framework* OR guidance OR guideline* OR implication* OR principle* OR advice* OR polic* OR "professional development" OR "technical competence" OR recommendation* OR standard* OR practice* OR model* OR skills OR tool* OR strateg*)	10993159
#17	13 AND 16	2564
#18	17 NOT 15	2449

ETMISSS SUR LES INTERVENTIONS EN INTERPRÉTARIAT

FORMULAIRE D'EXTRACTION

1. INFORMATION GÉNÉRALE

1.1. Personne effectuant l'extraction
1.2. Date de l'extraction des informations
1.3. Identification
1.4. Référence complète (et résumé si disponible)
1.5. Pays d'origine
1.6. Source de financement

2. CARACTÉRISTIQUES DU DOCUMENT

2.1 Objectif de la revue systématique ou du guide de pratique
2.2 Sous-secteur (<i>ex : médical, soins à domicile, hébergement, santé mentale, protection de la jeunesse, réadaptation, etc. </i>)
2.3 Protocole
2.4 Bases de données consultées (et autres consultations)
2.5 Mots-clés utilisés
2.6 Types d'études incluses (<i>ex : quali/quantitative, expérimentales ou non, etc.</i>)

3. QUESTION 1 : Quels principes, valeurs et pratiques doivent être pris en considération tant par l'intervenant que par l'interprète (formel ou informel) lors d'une intervention auprès de l'utilisateur en personne ou par téléphone, afin d'assurer l'efficacité, la qualité et la sécurité des interventions?

3.1 POPULATION
3.1.1 Caractéristiques des usagers qui font face à des barrières linguistiques (i.e. caractéristiques des participants des études <i>ex</i> : mineurs/majeurs-aptés/inaptés)
3.2 INTERVENTION
3.2.1 Principes et valeurs sous-jacents à l'intervention (fondements en matière d'intervention, de déontologie ou d'éthique auxquels l'utilisateur, l'interprète ou l'intervenant accordent de l'importance)
3.2.2 Pratiques (a) de l'intervenant et/ou de l'interprète (b) en personne ou par téléphone
3.3 COMPAREUR
3.3.1 Interventions sans interprètes (auprès d'utilisateurs qui ne font pas face à des barrières linguistiques)
3.4 EFFETS
3.4.0 Mentions générales :
3.4.1 Efficacité des interventions (transmission, compréhension effective des informations; atteinte des objectifs cliniques; etc.)
3.4.2 Qualité des interventions (meilleures pratiques; compétences et expertises des acteurs; relation de confiance; impartialité; neutralité; déontologie; conformité; acceptabilité; adaptation; etc.)
3.4.3 Sécurité des interventions (absence de risques; application des données probantes; rapidité et fiabilité de l'intervention; compétence, professionnalisme et transparence; confidentialité des informations; etc.)
3.5 TEMPORALITÉ
3.5.1 De la prise de rendez-vous jusqu'au dernier contact?
3.6 SETTINGS (MILIEUX D'INTERVENTIONS)

4. QUESTION 2 : À quelles stratégies l'intervenant peut-il recourir en cas d'absence d'interprète ou de refus de l'utilisateur d'utiliser un interprète (formel ou informel)?

4.1 POPULATION
4.1.1 Caractéristiques des usagers qui font face à des barrières linguistiques (i.e. caractéristiques des participants des études <i>ex</i> : <i>mineurs/majeurs-aptés/inaptés</i>)
4.2 INTERVENTION
4.2.1 Intervention en cas d'absence d'interprète (formel ou informel)
4.2.2 Intervention en cas de refus de l'utilisateur de recourir à un interprète (formel ou informel)
4.3 COMPARATEUR
4.3.1 N/D
4.4 EFFETS
4.4.1 Efficacité des interventions (transmission, compréhension effective des informations; atteinte des objectifs cliniques; etc.)
4.4.2 Qualité des interventions (meilleures pratiques; compétences et expertises des acteurs; relation de confiance; impartialité; neutralité; déontologie; conformité; acceptabilité; adaptation; etc.)
4.4.3 Sécurité des interventions (absence de risques; application des données probantes; rapidité et fiabilité de l'intervention; compétence, professionnalisme et transparence; confidentialité des informations; etc.)
4.5 TEMPORALITÉ
4.5.1 De la prise de rendez-vous jusqu'au dernier contact?
4.6 SETTINGS (MILIEUX D'INTERVENTIONS)

5. QUESTION 3 : Quels éléments (contenus et modalités) devraient définir la formation continue des intervenants qui travaillent en présence d'interprètes?

5.1 POPULATION
5.1.1 Caractéristiques des intervenants inclus dans les études (i.e. caractéristiques des participants des études)
5.2 INTERVENTION
5.2.1 Formation continue des intervenants en matière d'interprétariat par les établissements : (a) contenus (b) modalités (c) autres
5.3 COMPARATEUR
5.3.1 Absence de formation continue des intervenants en matière d'interprétariat par les établissements
5.4 EFFETS
5.4.1 Efficacité des interventions (transmission, compréhension effective des informations; atteinte des objectifs cliniques; etc.)
5.4.2 Qualité des interventions (meilleures pratiques; compétences et expertises des acteurs; relation de confiance; impartialité; neutralité; déontologie; conformité; acceptabilité; adaptation; etc.)
5.4.3 Sécurité des interventions (absence de risques; application des données probantes; rapidité et fiabilité de l'intervention; compétence, professionnalisme et transparence; confidentialité des informations; etc.)
5.5 TEMPORALITÉ
5.5.1 À quel moment du cheminement professionnel au sein de l'établissement et de façon continue?
5.6 SETTINGS (MILIEUX D'INTERVENTIONS)

6. QUESTION 4 : Quels éléments (contenus et modalités) devraient définir le processus d'accueil-orientation des interprètes au sein des établissements?

6.1 POPULATION
6.1.1 Caractéristiques des interprètes inclus dans les études (i.e. caractéristiques des participants des études)
6.2 INTERVENTION
6.2.1 Processus d'accueil-orientation des interprètes par les établissements : (a) contenus (b) modalités (c) autres
6.3 COMPARATEUR
6.3.1 Absence de processus d'accueil-orientation par les établissements
6.4 EFFETS
6.4.1 Efficacité des interventions (transmission, compréhension effective des informations; atteinte des objectifs cliniques; etc.)
6.4.2 Qualité des interventions (meilleures pratiques; compétences et expertises des acteurs; relation de confiance; impartialité; neutralité; déontologie; conformité; acceptabilité; adaptation; etc.)
6.4.3 Sécurité des interventions (absence de risques; application des données probantes; rapidité et fiabilité de l'intervention; compétence, professionnalisme et transparence; confidentialité des informations; etc.)
6.5 TEMPORALITÉ
6.5.1 À quel moment du cheminement professionnel au sein de l'établissement et de façon continue?
6.6 SETTINGS (MILIEUX D'INTERVENTIONS)

ANNEXE 4

Recherche de guides de pratique sur le web

Résultats : 55 sites visités – 10 références retenues

Les sites mentionnés dans le devis ont été vérifiés et sont identifiés en vert ci-dessous. Les autres sites de différentes associations et ordres d'interprète et traducteurs ont été identifiés par une recherche sur le moteur de recherche Google ou ont été consultés par des liens sur les pages des sites.

Les autres références mentionnées dans le fichier Excel ont été trouvées soit par vérification de référence de textes inclus dans la phase de tri ou à l'intérieur de guides identifiés lors de la recherche sur les sites Web (12) ou par recherche sur Google (8).

Résultat final :

30 références répertoriées, 10 par recherche sur divers site Web, 8 par recherche sur Google et 12 par références.

Associations internationales

5 sites visités, 2 références retenues.

Fédération internationale des traducteurs (FIT) http://www.fit-ift.org/
Pas de guides trouvés dans les publications, mais cette notice fait état de travaux en collaboration avec l'OMH (non ajouté à la liste) : http://www.fit-ift.org/wp-content/uploads/2015/03/5_2_Medical-Interpreting.pdf (Visité le 17-05-16)
Guidelines International Network http://www.g-i-n.net/
Recherche sur le moteur de recherche Critères de sélections activés : Langue « Anglais » et « Français » pour la langue et « Guidelines » pour le type de document recherché « Medical interpreter » - 0 résultat « Interpret » – 0 résultat “interpreter” – 0 Résultat “Language’ - - 0 Résultat « Translator » - 0 résultats « Interpreting services » - 0 résultat « Interprète » - 0 résultat « Ongoing training » - 0 Résultat « Training » <ul style="list-style-type: none">• -Liikunta [Physical activity and exercise training] CC (FI) - Current Care Guidelines / the Finnish Medical Society Duodecim (hors sujet) (Visité le 17-05-16)
International Council for the Development of Community Interpreting http://www.criticallink.org/
Une référence trouvée sur le site ajoutée à la liste : <i>A Functional Manual for Providing Linguistically Competent Health Care Services as Developed by a Community Health Center</i> http://www.criticallink.org/s/LEPManual.pdf (Visité le 17-05-16)
International Medical Interpreters Association (IMIA) http://www.imiaweb.org/
1 document trouvé ajouté à la liste : <i>Medical Interpreting Standards Of Practice</i> International Medical Interpreters Association & Education Development Center, Inc http://www.imiaweb.org/uploads/pages/102.pdf (Visité le 17-05-16)
Organisation mondiale de la santé http://www.who.int/
Liste des guides de pratique vérifiée, aucun guide ne rencontre les critères. http://www.who.int/publications/guidelines/en/ (Visité le 17-05-16)

Canada

15 sites visités, 1 référence retenue.

Association des conseils en gestion linguistique (ACGL) http://www.lacgl.org/
Liste des publications vérifiées, aucun guide recensé (Visité le 16-05-16)
Association de l'industrie de la langue (AILIA) http://www.ailia.ca/Accueil
Liste des publications vérifiées, mention d'une référence déjà mentionnée (<i>National Standard Guide for Community Interpreting Services</i>) (Visité le 16-05-16)
Association des traducteurs et interprètes de l'Alberta (ATIA) http://www.atia.ab.ca/index.php
Aucune publication sur le site (Visité le 16-05-16)
Association des traducteurs et des interprètes du Manitoba (ATIM) http://atim.mb.ca/en/home.htm
Aucune publication sur le site (Visité le 16-05-16)
Association des traducteurs et interprètes de la Nouvelle-Écosse (ATINE) http://www.atins.org/
Aucune publication sur le site (Visité le 16-05-16)
Association des traducteurs et interprètes de l'Ontario (ATIO) http://www.atio.on.ca/
Liste des publications vérifiées, aucun guide recensé (Visité le 16-05-16)
Association des traducteurs et interprètes de la Saskatchewan (ATIS) http://www.atis-sk.ca/
Aucunes publications sur le site (Visité le 16-05-16)
Association of Canadian Corporations in Translation and Interpretation (ACCTI) http://www.accti.org/html/fr/index.html
Aucune publication sur le site (Visité le 16-05-16)
Canadian Association for Translation Studies http://act-cats.ca/
Aucune publication sur le site (Visité le 16-05-16)
Clinical Practice Guidelines Database – Canadian Medical Association https://www.cma.ca/En/Pages/clinical-practice-guidelines.aspx
https://www.cma.ca/En/Pages/clinical-practice-guidelines.aspx (Visité le 17-05-16)
Recherche sur l'outil de recherche
“interpreter” – 0 Résultat
“Language” – 2 Résultats
1. Lisez, parlez, chantez : la promotion de l'alphabétisation au cabinet du médecin 2006-nov (Reviewed 2011-fév) Société canadienne de pédiatrie; Detailed Result Patient Handouts Add to Short list
2. Read, speak, sing : promoting literacy in the physician's office 2006-Nov (Reviewed 2011-Feb) Canadian Paediatric Society
« Interprète » - 0 résultat
« ongoing training » - 0 résultat
« Translator » - 0 résultats

« Training » - 0 Résultat

« Interpret » – 5 Résultats

1. Guideline for the transition from the MDRD to the CKD-EPI equation for the calculation of an estimated glomerular filtration rate (eGFR), and its interpretation in concert with the urine albumin/creatinine ratio (ACR) View PDF 2015-Apr Ontario Association of Medical Laboratories
2. Abnormal liver chemistry - Evaluation and interpretation Guidelines and Protocols Advisory Committee (BC)
3. Guidelines for establishing a telepathology service for anatomic pathology using whole slide imaging 2012-Sept-21 Canadian Association of Pathologists
4. Canadian Society for Cardiovascular Magnetic Resonance (CanSCMR) recommendations for cardiovascular magnetic resonance image analysis and reporting 2013-Mar Canadian Cardiovascular Society
5. Guidelines from the Canadian Association of Pathologists for establishing a telepathology service for anatomic pathology using whole-slide imaging 2014-Mar Canadian Association of Pathologists

« Translation » - 1 Résultat

1. Long-term management of asthma in First Nations and Inuit children: a knowledge translation tool based on Canadian paediatric asthma guidelines, intended for use by front-line health care professionals working in isolated communities; 2012-Sept ; Canadian Paediatric Society

Conseil des traducteurs, terminologues et interprètes du Canada (CTTIC)

<http://www.cttic.org/publications.asp>

Liste des publications vérifiée, aucun guide recensé (Visité le 16-05-16)

Corporation des traducteurs, traductrices, terminologues et interprètes du Nouveau-Brunswick (CTINB)

<http://www.ctinb.nb.ca/>

Aucune publication sur le site (Visité le 16-05-16)

Healthcare Interpretation Network

<http://hintnet.org>

2 documents trouvés sur le site (Visité le 16-05-16)

National Standard Guide for Community Interpreting Services (Ajouté à la liste)

<http://hintnet.org/publications/standards/>

Working with your Professional Interpreter Guide (Brochure – non ajoutée à la liste)

<http://hintnet.org/publications/working-with-your-professional-interpreter-guide/>

Ordre des traducteurs, terminologues et interprètes agréés du Québec

<http://ottiaq.org/>

Liste des publications vérifiée, aucun guide recensé (Visité le 16-05-16)

Society of Translators & Interpreters of British Columbia (S.T.I.B.C.)

www.stibc.org/

Aucune publication sur le site (Visité le 16-05-16)

Autres pays

Australie

2 sites visités – Aucune référence retenue

Australian Institute of Interpreters and Translators (AUSIT) http://ausit.org/
Dans les ressources, un document non inclus dans la liste : <i>AUSIT Guidelines for Health Professionals Working with Interpreters</i> http://ausit.org/AUSIT/Documents/Guidelines_For_Health_Professionals.pdf Document non retenu, mais les références ont été vérifiées Ces documents y sont mentionnés <i>Interpreters - Standard Procedures for Working with Health Care Interpreters</i> http://www0.health.nsw.gov.au/policies/pd/2006/pdf/PD2006_053.pdf <i>Interpreting – Getting it right</i> http://ausit.org/AUSIT/Documents/gir_interpreting.pdf (Documents non retenus dans la liste)
National Accreditation Authority for Translators and Interpreters https://www.naati.com.au
Liste des « produits offerts » vérifiée, aucun guide respectant les critères recensé (Visité le 17-05-16)

Belgique

1 site visité – Aucune référence retenue

Chambre belge des traducteurs, interprètes et philologues (CBTIP/BKVTF) http://www.cbti-bkvt.org/
Liste des publications vérifiée, aucun guide recensé (Visité le 16-05-16)

États-Unis

22 sites visités, 7 références retenues.

American Translators Association (ATA) https://www.atanet.org/
Liste des publications vérifiée, aucun guide recensé (Visité le 16-05-16) https://www.atanet.org/publications/ata_publications.php
Association of Asian Pacific Community Health Organizations http://www.aapcho.org/ (Visité le 16-05-16)
1 référence trouvée sur le site ajoutée à la liste : <i>Pipeline Programs to Improve Racial and Ethnic Diversity in the Health Professions: An Inventory of Federal Programs, Assessment of Evaluation Approaches, and Critical Review of the Research Literature</i> http://www.aapcho.org/wp/wp-content/uploads/2012/11/PipelineToImproveDiversityInHealthProfessions.pdf
California Healthcare Interpreter Association (CHIA) http://www.chiaonline.org/
Une publication trouvée sur le site ajoutée à la liste (Visité le 16-05-16)

<p>California Standards for Healthcare Interpreters: Ethical Principles, Protocols, and Guidance on Roles & Intervention http://www.chiaonline.org/Resources/Documents/CHIA%20Standards/standards_chia.pdf</p>
<p>Colorado Association of Professional Interpreters (CAPI) http://coloradointerpreters.org/</p>
<p>Aucune publication sur le site (Visité le 16-05-16)</p>
<p>Health Care Interpreter Network http://hcin.org/</p>
<p>(Visité le 16-05-16) 1 référence trouvée sur le site ajoutée à la liste : <i>Straight Talk: Model Hospital Policies and Procedures on Language Access</i> http://50.19.112.22/hcin_assets/resource/StraightTalkFinal.pdf</p>
<p>Iowa Interpreter and Translator Association (IITA) https://iitanet.org/</p>
<p>Liste des publications vérifiées, aucun guide recensé (Visité le 16-05-16)</p>
<p>Medical Interpreter Network of Georgia (MING) http://www.mingweb.org/</p>
<p>Aucune publication sur le site (Visité le 16-05-16)</p>
<p>Michigan Translators/Interpreters Network http://www.mitin.org/index.cfm</p>
<p>Aucune publication sur le site (Visité le 16-05-16)</p>
<p>Midwest Association of Translators and Interpreters (MATI) http://www.matiata.org/</p>
<p>Aucune publication sur le site (Visité le 16-05-16)</p>
<p>Upper Midwest Translators and Interpreters Association (UMTIA) http://umtia.org/</p>
<p>Liste des publications vérifiées, aucun guide recensé (Visité le 16-05-16)</p>
<p>National Board of Certification for Medical Interpreters http://www.certifiedmedicalinterpreters.org/</p>
<p>Liste des publications vérifiées, aucun guide recensé (Visité le 16-05-16)</p>
<p>National Council on Interpreting in Health Care http://www.ncihc.org/</p>
<p>1 référence trouvée ajoutée à la liste <i>What's in a Word? A Guide to Understanding Interpreting and Translation in Health Care (April 2010)</i> http://www.ncihc.org/assets/documents/publications/Whats_in_a_Word_Guide.pdf (Visité le 16-05-16)</p>
<p>National Guidelines Clearinghouse - Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) http://www.guideline.gov/</p>
<p>Recherche par mots-clés et par catégories (Visité le 18-05-16)</p> <p>2 références ajoutées à la liste</p> <p>Démarche :</p> <p>Références classées sous le mot-clé "Cultural Competencies" – 115 résultats http://www.guideline.gov/search/search.aspx?term=Cultural+Competency&vocab=MSH&code=&umls=1</p> <p>Références pertinentes :</p> <p>Wilson D, de la Ronde S, Brascoupé S, Apale AN, Barney L, Guthrie B, Harrold E, Horn O, Johnson R, Rattray D, Robinson N. Health professionals working with First Nations, Inuit, and Métis consensus guideline. J Obstet Gynaecol Can. 2013 Jun;35(6 eSuppl):S1-52. http://www.guideline.gov/content.aspx?id=46940&search=Cultural+Competency</p>

Pumariega AJ, Rothe E, Mian A, Carlisle L, Toppelberg C, Harris T, Gogineni RR, Webb S, Smith J, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter for cultural competence in child and adolescent psychiatric practice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Oct;52(10):1101-15.

(ajoutés à la liste)

Catégorie "Immigrant and emigrants" – 1 résultat

<http://www.guideline.gov/browse/by-topic-detail.aspx?id=1069&ct=1>

1. Clinical practice guideline for diabetes mellitus type 1. 2012 May 1. NGC:010282 Basque Office for Health Technology Assessment, Osteba - State/Local Government Agency [Non-U.S.]; GuiaSalud - National Government Agency [Non-U.S.]; Ministry of Health (Spain) - National Government Agency [Non-U.S.].

(Hors sujet)

Catégorie "Population Characteristics" – 94 résultat

<http://www.guideline.gov/browse/by-topic-detail.aspx?id=18955&ct=2>

Aucune référence potentiellement pertinente

Catégorie "Inservice Training" (Treatment/Intervention) – 25 résultat

<http://www.guideline.gov/browse/by-topic-detail.aspx?id=10743&ct=2>

Aucune référence potentiellement pertinente

Catégorie "Inservice Training" (Health Services Administration) – 43 résultat

<http://www.guideline.gov/browse/by-topic-detail.aspx?id=10743&ct=3>

Aucune référence potentiellement pertinente

Catégorie "Information Services" (Health Services Administration) – 85 résultats

<http://www.guideline.gov/browse/by-topic-detail.aspx?id=10617&ct=3>

Aucune référence potentiellement pertinente

Catégorie "Racial Group" – 55 résultats

<http://www.guideline.gov/search/search.aspx?term=Racial+group%20¨s=1>

Aucune référence potentiellement pertinente

Recherche du terme "medical interpreter"

1. Practice guidelines for communicating a prenatal or postnatal diagnosis of Down syndrome: recommendations of the National Society of Genetic Counselors. 2011 Oct. NGC:008687 National Society of Genetic Counselors - Medical Specialty Society.
2. Breastfeeding-friendly physician's office: optimizing care for infants and children, revised 2013. 2006 (revised 2013 Apr). NGC:009939 Academy of Breastfeeding Medicine - Professional Association.
3. Palliative care for adults. 2007 Jan (revised 2013 Nov). NGC:010131 Institute for Clinical Systems Improvement - Nonprofit Organization.
4. Patient blood management guidelines: module 4 - critical care. 2012. NGC:010812 National Blood Authority - National Government Agency [Non-U.S.].
5. Patient blood management guidelines: module 5 - obstetrics and maternity. 2015. NGC:010813 National Blood Authority - National Government Agency [Non-U.S.].
6. Patient blood management guidelines: module 3 - medical. 2012. NGC:010811 National Blood Authority - National Government Agency [Non-U.S.].

(hors sujets)

Recherche du terme “ culturally diverse ” – 4 Résultats

1. Practice parameter for cultural competence in child and adolescent psychiatric practice. 2013 Oct. NGC:010490 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry - Medical Specialty Society.
2. Palliative care for the patient with incurable cancer or advanced disease. Part 3: grief and bereavement. 2011 Sep 30. NGC:009462 Family Practice Oncology Network - Professional Association; Medical Services Commission, British Columbia - State/Local Government Agency [Non-U.S.].
3. Substance misuse and alcohol use disorders. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. 2008 (revised 2012). NGC:009727 Hartford Institute for Geriatric Nursing - Academic Institution.
4. Palliative care for adults. 2007 Jan (revised 2013 Nov). NGC:010131 Institute for Clinical Systems Improvement - Nonprofit Organization.

(première référence déjà citée, autres références jugées hors sujet)

National Health Law Program (NHeLP)

<http://www.healthlaw.org/>

Recherche effectuée en combinant les onglets “ Language access ” et « Reports/Manuals » dans l’outil de recherche du site (Visité le 16-05-16)

1 référence ajoutée à la liste

Language Services Resource Guide for pharmacists

http://www.healthlaw.org/publications/language-services-resource-guide-for-pharmacists#.VznxB_nhDcs

Nebraska Association for Translators and Interpreters (NATI)

<http://natihq.org/>

Liste des publications vérifiée, aucun guide recensé (Visité le 16-05-16)

New England Translators Association (NETA)

<http://www.netaweb.org/>

Aucune publication sur le site (Visité le 16-05-16)

Northeast Ohio Translators Association

<http://www.notatranslators.org/>

Aucune publication sur le site (Visité le 16-05-16)

Northern California Translators Association

www.ncta.org/

Liste des publications vérifiée, aucun guide recensé (Visité le 16-05-16)

Northwest Translators and Interpreters Society (NOTIS)

<http://www.notisnet.org/>

Liste des publications vérifiée, aucun guide recensé (Visité le 16-05-16)

South Eastern Medical Interpreters Association (SEMIA)

<http://www.semia.org/>

Liste des publications vérifiée, aucun guide recensé (Visité le 16-05-16)

Tennessee Association of Medical Interpreters and Translators (TAMIT)

<http://tamit.org/>

Aucune publication sur le site (Visité le 16-05-16)

Texas Association of Healthcare Interpreters and Translators (TAHIT)

<http://www.tahit.us/>

Aucune publication sur le site (Visité le 16-05-16)

France

1 site visité – Aucune référence retenue

Société française des traducteurs http://www.sft.fr/
Liste des publications vérifiée, aucun guide recensé (Visité le 16-05-16) Brochure non retenue pour la liste : <i>Interprétation, faire les bons choix</i> http://www.sft.fr/clients/sft/telechargements/file_front/32232_SFT_INTER_GIR_Screen.pdf.pdf

Nouvelle-Zélande

2 sites visités – Aucune référence retenue

New Zealand Guidelines Group – Ministry of Health http://www.health.govt.nz/about-ministry/ministry-health-websites/new-zealand-guidelines-group
Liste de guides de pratique produits vérifiée, aucun guide recensé rencontrant les critères (Visité le 17-05-16)
New Zealand Society of Translators and Interpreters http://www.nzsti.org/
Liste des publications vérifiée, aucun guide recensé (Visité le 17-05-16) http://www.nzsti.org/about/Publications/

Royaume-Uni

3 sites visités – Aucune référence retenue

Institute of Translation & Interpreting (ITI) http://www.iti.org.uk/
Liste des publications vérifiée, aucun guide recensé (Visité le 17-05-16)
National Institute for Health and Care Excellence (NICE) https://www.nice.org.uk/
Liste de guides de pratique produits vérifiée, aucun guide recensé rencontrant les critères (Visité le 17-05-16)
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) http://www.sign.ac.uk/
Liste de guides de pratique produits vérifiée, aucun guide recensé rencontrant les critères (Visité le 17-05-16)

Suisse

1 site visité – Aucune référence retenue

Association suisse des traducteurs, terminologues et interprètes (ASTTI) http://new.astti.ch/
Aucune publication sur le site (Visité le 16-05-16)

Groupes de recherche

3 sites visités – Aucune référence retenue

Center for Interpretation and Translation Studies(CITS) http://cits.hawaii.edu/ (Visité le 13-05-16)
Aucune publication sur le site
Center for Translation Studies, University of Texas at Dallas http://translation.utdallas.edu/ (Visité le 13-05-16)
Contenu hors sujet
The National Center for Interpretation Testing, Research and Policy(NCITRP) http://nci.arizona.edu/ (Visité le 13-05-16)
Mention d'un guide pour la formation d'interprètes en milieu médical http://nci.arizona.edu/med_int (Visité le 13-05-16)
Aucun document ajouté à la liste

**Évaluation du mode d'intervention en interprétariat
Consultation des interprètes**

Guide d'animation

Objectifs :

- Obtenir le point de vue des interprètes sur :
 - les enjeux liés à l'intervention en interprétariat dans le réseau de la santé et des services sociaux
 - leurs besoins ou leurs attentes pour mieux intervenir dans le réseau de la santé et des services sociaux
- Évaluer auprès des interprètes la pertinence et la faisabilité des recommandations préliminaires.

Formule :

- Une rencontre d'une heure trente;
 - 10 minutes pour présenter le projet, les objectifs de la rencontre et demander aux participants de remplir le formulaire de consentement.
 - 30 minutes pour la première partie (séance de remue-méninge)
 - 20 minutes pour prendre connaissance des recommandations préliminaires
 - 10 minutes pour les réactions générales à l'égard des recommandations
 - 20 minutes pour discuter de la pertinence et de la faisabilité de chaque catégorie de recommandations
- Environ 10 participants
- Animation par Mélodie Briand-Lamarche (APPR en ETMISS du CIUSSS Centre-Ouest)
- Prise de notes (et précisions) par Muriel Guériton (APPR en ETMISS du CIUSSS Centre-Sud)

Messages importants / consignes :

- C'est l'occasion de donner votre opinion en tant que professionnel, en tenant compte de vos connaissances et de votre expérience;
- Nous souhaitons réfléchir ensemble aux enjeux liés à l'intervention en interprétariat, pas pointer du doigt;
- Nos échanges doivent donc être constructifs et tenir compte des diverses réalités professionnelles, organisationnelles et culturelles;
- Les recommandations que nous vous présenterons ne sont pas parfaites, nous souhaitons justement y travailler ensemble.

Séance de remue-méninge

- ✓ Quels sont les principaux éléments (facilitants ou défis) que vous associez à la réalisation d'intervention en interprétariat dans le réseau de la santé et des services sociaux ?
- ✓ Quels sont vos besoins ou vos attentes pour mieux intervenir en interprétariat dans le réseau de la santé et des services sociaux ?

Questions de délibération sur les recommandations

- ✓ Quelles sont vos réactions générales ?

Pour chaque question de l'ETMI :

- ✓ Quels seraient, selon vous, les défis liés à la mise en œuvre de ces recommandations ?

Merci de votre participation!

**Évaluation du mode d'intervention en interprétariat
Consultation des intervenants**

Guide d'animation

Objectifs :

- Obtenir le point de vue des intervenants sur :
 - les enjeux liés à l'intervention en interprétariat.
 - les stratégies ou outils qu'ils utilisent en cas d'absence d'interprète ou de refus de l'utilisateur d'avoir recours à un interprète.
 - Leurs besoins ou leurs attentes pour mieux intervenir en collaboration avec les interprètes.
- Vérifier auprès des intervenants la pertinence et la faisabilité des recommandations préliminaires.

Formule :

- Une rencontre d'une heure trente;
 - 10 minutes pour présenter le projet, les objectifs de la rencontre et demander aux participants de remplir le formulaire sociodémographique et le formulaire de consentement.
 - 30 minutes pour la première partie (remue-méninge) – Donc environ 10 minutes par question.
 - 15 minutes pour présenter les recommandations préliminaires
 - 10 minutes pour les réactions générales à l'égard des recommandations
 - 20 minutes pour discuter de la pertinence et de la faisabilité de chaque catégorie de recommandations
- Environ 6-8 participants par rencontre;
- Animation par Mélodie Briand-Lamarche (APPR en ETMISS du CIUSSS Centre-Ouest)
- Prise de notes (et précisions) par Muriel Guériton (APPR en ETMISS du CIUSSS Centre-Sud)

Messages importants / consignes :

- C'est l'occasion de donner votre opinion en tant que professionnel, en tenant compte de vos connaissances et de votre expérience;
- Nous souhaitons réfléchir ensemble aux enjeux liés à l'intervention en interprétariat, pas pointer du doigt;
- Nos échanges doivent donc être constructifs et tenir compte des diverses réalités professionnelles, organisationnelles et culturelles;

- Les recommandations que nous vous présenterons ne sont pas parfaites, nous souhaitons justement y travailler ensemble.

Questions du remue-méninge

- ✓ Quels sont les principaux éléments (facilitants ou défis) que vous associez à la réalisation d'intervention avec un interprète (formel ou informel) auprès d'un usager* en situation de barrière linguistique ?
- ✓ Quelles stratégies ou quels outils utilisez-vous en cas d'absence d'interprète ou de refus de l'usager* d'avoir recours à un interprète (formel ou informel)
- ✓ Quels sont vos besoins ou vos attentes pour mieux intervenir en collaboration avec les interprètes (formels ou informels) auprès des usagers*?

* L'usager s'entend ici comme pouvant être lui-même et/ou sa famille, ses proches

Questions de délibération sur les recommandations

- ✓ Quelles sont vos réactions générales ?

Pour chaque catégorie de recommandations :

- ✓ Quels seraient, selon vous, les défis liés à la mise en œuvre de ces recommandations ?

Merci de votre participation!

**Évaluation du mode d'intervention en interprétariat
Consultation des intervenants et des interprètes**

Guide d'animation

Objectifs :

- Obtenir le point de vue des intervenants et des interprètes sur :
 - les enjeux liés à l'intervention en interprétariat.
 - leurs besoins ou leurs attentes pour mieux intervenir en collaborer lors d'intervention en situation de barrière linguistique
- Vérifier auprès des intervenants et des interprètes la pertinence et la faisabilité des recommandations préliminaires.

Formule :

- Une rencontre d'une heure trente;
 - 10 minutes pour présenter le projet, les objectifs de la rencontre et demander aux participants de remplir le formulaire sociodémographique et le formulaire de consentement.
 - 30 minutes pour la première partie (remue-méninge)
 - 20 minutes pour prendre connaissance des recommandations préliminaires
 - 10 minutes pour les réactions générales à l'égard des recommandations
 - 20 minutes pour discuter de la pertinence et de la faisabilité de chaque catégorie de recommandations
- Environ 10 participants
- Animation par Mélodie Briand-Lamarche (APPR en ETMISS du CIUSSS Centre-Ouest)
- Prise de notes (et précisions) par Muriel Guériton (APPR en ETMISS du CIUSSS Centre-Sud)

Messages importants / consignes :

- C'est l'occasion de donner votre opinion en tant que professionnel, en tenant compte de vos connaissances et de votre expérience;
- Nous souhaitons réfléchir ensemble aux enjeux liés à l'intervention en interprétariat, pas pointer du doigt;
- Nos échanges doivent donc être constructifs et tenir compte des diverses réalités professionnelles, organisationnelles et culturelles;

- Les recommandations que nous vous présenterons ne sont pas parfaites, nous souhaitons justement y travailler ensemble.

Questions du remue-méninge

- ✓ Quels sont les principaux éléments (facilitants ou défis) que vous associez à la réalisation d'interventions en interprétariat (dans le réseau de santé et de services sociaux)?
- ✓ Quels sont vos besoins ou vos attentes pour que ces interventions se passent mieux ?

Questions de délibération sur les recommandations

- ✓ Quelles sont vos réactions générales ?

Pour chaque question de l'ETMI :

- ✓ Quels seraient, selon vous, les défis liés à la mise en œuvre de ces recommandations ?

Merci de votre participation!

ETMISSS SUR LES INTERVENTIONS EN INTERPRÉTARIAT

Recommandations préliminaires

Question 1 : Quels éléments doivent être pris en considération tant par l'intervenant que par l'interprète (formel ou informel) lors d'une intervention auprès de l'utilisateur en personne ou par téléphone, afin d'assurer l'efficacité, la qualité et la sécurité des interventions?

Recommandations	Éléments à considérer
<p>1. Les informations en lien avec la barrière et les préférences linguistiques de l'utilisateur de même qu'en lien avec les interventions en interprétariat menées ou à prévoir devraient être collectées, vérifiées et facilement accessibles en tout temps.</p>	En continu
	<p>1.1 Il faut consigner et tenir à jour au dossier de l'utilisateur les informations concernant : 1) son niveau de langage dans la langue d'accueil; 2) ses préférences quant à l'utilisation d'un interprète et 3) les informations relatives aux services d'interprétariat mis en œuvre pour chacune des interventions menées (type d'interprète, modalité, etc.).</p>
	En préparation de l'intervention
	<p>1.2 Il faut prendre les informations pertinentes sur les besoins, contraintes et préférences de l'utilisateur en matière d'interprétariat dès la prise de rendez-vous avec l'intervenant.</p>
	<p>1.3 L'utilisateur doit être avisé de la possibilité d'avoir recours à un interprète formel gratuitement, et des avantages que cela représente, même lorsqu'il semble pouvoir se débrouiller dans la langue d'accueil.</p>
	<p>1.4 Les besoins linguistiques de la famille ou des proches de l'utilisateur doivent aussi être considérés et consignés: les membres de la famille ou les proches de l'utilisateur sont souvent ceux qui accompagneront l'utilisateur dans son processus décisionnel et ils doivent au même titre que l'utilisateur, bénéficier des services d'interprétariat appropriés pour être bien informés.</p>
<p>2. Une plus grande collaboration doit être développée entre les intervenants, les interprètes et les usagers.</p>	Pendant l'intervention
	<p>1.5 Lors d'une hospitalisation, les préférences de l'utilisateur doivent être indiquées de manière bien visible pour l'ensemble des intervenants.</p>
<p>2. Une plus grande collaboration doit être développée entre les intervenants, les interprètes et les usagers.</p>	En préparation de l'intervention
	<p>2.1 L'intervenant doit tenir compte du fait qu'une intervention en interprétariat peut prendre jusqu'à deux fois plus de temps qu'une intervention régulière.</p>

Recommandations	Éléments à considérer
<p>À cette fin, des mécanismes doivent être mis en place permettant de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • partager l'information nécessaire, • identifier les éléments qui auront un impact sur leurs façons d'interagir (rôles et comportements), • clarifier les enjeux, les objectifs, les attentes et les limites de l'intervention 	<p>2.2 Lors d'une rencontre pré-intervention, l'intervenant doit pouvoir informer l'interprète de l'objectif de l'intervention, des sujets qui y seront traités et d'éventuels propos ou gestes délicats qui pourraient survenir lors de l'intervention de même que l'importance de la confidentialité et les enjeux liés à la modification du discours de l'utilisateur.</p>
	<p>2.3 Une stratégie doit être établie par l'intervenant et l'interprète, préalablement à l'intervention, pour que l'interprète puisse signaler un changement de rôle ou une modification du discours en cours d'intervention.</p>
	<p>Pendant l'intervention</p>
	<p>2.4 Il doit être discuté en triade au début de l'intervention, du rôle que jouera l'interprète.</p>
	<p>2.5 Durant l'intervention, énoncer et respecter des règles permettant de communiquer de la façon la plus claire/adaptée et transparente possible.</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des phrases simples et courtes favorisant une bonne transmission de l'information. • Éviter le jargon médical ou technique, et utiliser un langage clair. • Clarifier, poser des questions, demander des spécifications ou des reformulations lorsque nécessaire. • Communiquer par l'intermédiaire de l'interprète en tout temps, même si un proche de l'utilisateur parlant la même langue que l'intervenant est présent et que ces derniers discutent ensemble. • Mener la discussion de manière à ce que l'utilisateur et l'intervenant s'adressent l'un à l'autre et non à l'interprète. • Valider la compréhension de l'utilisateur en lui demandant de reformuler les informations importantes en ses mots.
	<p>À la suite de l'intervention</p>
	<p>2.6 Une rencontre post-intervention doit avoir lieu entre l'intervenant et l'interprète pour aborder :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les modifications au discours ou les changements de rôle de l'interprète effectués en cours d'intervention. • les discussions et la dynamique de l'intervention afin d'apporter toutes les clarifications nécessaires.
<p>3. Le choix du type d'interprète (formel ou informel) et de la modalité d'intervention (en présence ou par téléphone) doit tenir compte des données probantes, mais aussi :</p>	<p>En continu</p>
	<p>3.1 Lorsque des membres du personnel de l'établissement agissent comme interprètes informels, ceux-ci doivent être formés pour ce faire et évalués sur une base régulière.</p>
	<p>En préparation de l'intervention</p>

Recommandations	Éléments à considérer
<ul style="list-style-type: none"> • de l'accessibilité • des préférences de l'utilisateur • du niveau de sensibilité des objectifs de l'intervention • des risques potentiels pour la sécurité et l'intégrité de l'utilisateur et de ses proches 	3.2 Le recours à des services d'interprétariat doit être considéré même lorsque l'intervenant parle la langue de l'utilisateur si cette langue n'est pas leur langue maternelle.
	3.3 L'interprète formel, en présence, est la modalité à privilégier en premier lieu.
	3.4 L'appel à un interprète formel, devrait tout particulièrement être privilégié: <ul style="list-style-type: none"> • Lors de situations cliniques à haut risque (la conciliation de la médication, la signature du congé, l'option d'un consentement éclairé, les interventions d'urgence et les chirurgies) • Si l'utilisateur doit divulguer des informations relevant du domaine psychologique ou intime • Si le sujet ou l'objectif de l'intervention nécessite que l'intervenant fasse preuve de délicatesse et d'empathie (INSPQ).
	3.5 Lorsqu'une intervention est menée avec un interprète informel, ce dernier ne devrait jamais être un mineur.
	3.6 L'interprétariat par téléphone est une bonne alternative, particulièrement : <ul style="list-style-type: none"> • Lorsqu'un interprète en présence n'est pas disponible (en dehors des heures de bureau ou pour des langues rares) • En période de grand achalandage • Pour transmettre une information simple et rapide (INSPQ).
	3.7 Les préférences de l'utilisateur doivent être considérées dans le choix du type et de la modalité d'interprétariat.
	3.8 Au moment de faire appel à un interprète, il faut considérer les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Privilégier la concordance des genres entre l'interprète et l'utilisateur, particulièrement lorsque l'intervention est en lien avec un sujet ou un examen intime : suivi de grossesse, santé gynécologique ou sexuelle, par exemple. • Le même interprète devrait, autant que possible, être présent pour l'ensemble du suivi d'un utilisateur afin de favoriser l'établissement d'une relation de confiance avec ce dernier. • Les spécificités culturelles et langagières de la région de provenance de l'utilisateur et de l'interprète peuvent influencer leur capacité à communiquer ensemble. • Une appartenance commune de l'utilisateur et de l'interprète à des communautés ou associations culturelles ou religieuses pourrait être gênante en termes de respect de la vie privée de l'utilisateur.

Question 2 : À quelles stratégies l'intervenant peut-il recourir en cas d'absence d'interprète ou de refus de l'utilisateur d'utiliser un interprète (formel ou informel)?

Recommandations	Éléments à considérer
<p>1. Si l'intervenant estime qu'il serait important d'utiliser les services d'un interprète et que l'utilisateur refuse, l'intervenant doit tenter d'expliquer les enjeux du problème et la possibilité d'accéder à des services d'interprétariat gratuit</p>	Pendant l'intervention
	<p>1.1 Il est important de toujours aviser l'utilisateur de la possibilité d'accéder aux services gratuits d'un interprète, même lorsque l'utilisateur semble pouvoir se débrouiller dans la langue d'accueil.</p>
	<p>1.2 L'utilisateur doit être informé des avantages d'avoir recours à un interprète formel plutôt qu'informel.</p>
<p>2. L'utilisation et la diffusion de documents écrits, d'outils diagnostiques ou d'évaluation traduits, de documents audiovisuels ou de matériel graphique ou de soutien par internet sont complémentaires aux services d'un interprète. Ils ne doivent pas être utilisés comme substituts à ceux-ci.</p>	En préparation de l'intervention
	<p>2.1 Il est important de s'assurer que les usagers ont un niveau de littératie appropriée avant de mettre en œuvre une stratégie de diffusion de documents écrits.</p>
	<p>2.2 Tout instrument ou questionnaire diagnostique devrait avoir été traduit et validé en regard de la culture de la clientèle cible grâce à des méthodes de validation psychométriques.</p>
	Pendant l'intervention
	<p>2.3 Il est important fournir aux usagers de la documentation dans la langue de leur choix, notamment concernant le consentement à une intervention, les procédures de préparation à une intervention de même que les instructions en lien avec le congé de l'utilisateur, les suivis et les soins post-opératoire.</p>
	<p>2.4 Les intervenants doivent être prudents dans leurs interprétations cliniques s'ils se basent sur du matériel diagnostique qui n'a pas été traduit et validé de manière scientifique.</p>
	<p>2.5 L'utilisation d'ouvrages ou d'outils de références linguistiques par des intervenants n'ayant pas le niveau de base dans la langue ciblée n'est pas recommandée puisque cela peut générer de la confusion et des erreurs de traduction.</p>

Recommandations	Éléments à considérer
3. L'utilisation d'un langage simple en l'absence d'interprète est une solution de dernier recours	En continu
	3.1 Il est nécessaire d'évaluer les compétences linguistiques d'un intervenant devant exercer dans une autre langue que sa langue maternelle puisque ceux-ci surestiment souvent leurs habiletés pour ce faire.
	Pendant l'intervention
	3.2 L'utilisation d'un langage simple en l'absence d'interprète comporte un grand risque d'erreur dans la communication.
	3.3 En l'absence d'un interprète, l'intervenant doit, lors d'une intervention en situation de barrière linguistique, demander à l'utilisateur de reformuler l'information transmise dans ses propres mots pour s'assurer de la compréhension de ce dernier.

Question 3 : Quels éléments (contenus et modalités) devraient définir la formation continue des intervenants qui travaillent en présence d'interprètes?

Recommandations	Éléments à considérer
<p>1. Les intervenants doivent être formés afin de mieux travailler en collaboration avec les interprètes.</p>	1.1 Les intervenants doivent être sensibilisés au fait que certaines modifications du discours sont parfois nécessaires.
	1.2 Les intervenants et les interprètes doivent être formés afin de mieux communiquer et de mieux collaborer.
	1.3 Les intervenants doivent être sensibilisés à la complexité du rôle des interprètes.
	1.4 Les intervenants doivent être formés aux procédures, protocoles, et aux mécanismes d'accès et de planification des services d'interprétariat.
	1.5 Les intervenants doivent apprendre à adapter leur langage lors des interventions en interprétariat (éviter le jargon médical ou technique, utiliser un langage clair, des phrases courtes, s'adresser à l'utilisateur et non à l'interprète).
	1.6 Les intervenants doivent être sensibilisés à l'importance d'échanger avec l'interprète toute l'information pertinente lors de rencontres pré et post intervention.
	1.7 Les intervenants doivent être familiarisés à l'égard des normes éthiques qui régissent la pratique des interprètes.
	1.8 Les intervenants doivent être formés pour reconnaître et prévenir les conflits et les potentiels motifs de plainte concernant les services en interprétariat et connaître les procédures liées à la formulation de rétroactions et de plaintes.
<p>2. Les intervenants doivent être formés aux éléments à prendre en considération lors du choix du type d'interprète (formel ou informel) et de la modalité d'intervention (en présence ou par téléphone).</p>	2.1 Les intervenants doivent être sensibilisés aux risques d'utiliser des interprètes informels ou de ne pas faire appel aux services d'interprétariat lorsque l'utilisateur en a besoin.
	2.2 Les intervenants doivent être sensibilisés au fait qu'une mauvaise communication et une mauvaise compréhension interculturelle, de même qu'un manque de respect pour les croyances et les traditions de l'utilisateur peuvent mener à une détérioration de la sécurité des interventions.
	2.3 Les intervenants doivent être formés pour être en mesure d'expliquer à l'utilisateur qu'il peut bénéficier des services gratuits d'un interprète formel et en quoi cela est préférable à l'utilisation d'un interprète informel.
	2.4 Il faut sensibiliser les parties prenantes à la difficulté que peut représenter pour l'utilisateur la nécessité de trouver un interprète informel

Recommandations	Éléments à considérer
	2.5 Les intervenants doivent connaître les ressources alternatives si les services d'un interprète en présence ne sont pas disponibles (interprétariat par téléphone, par exemple)
3. Les formations offertes aux intervenants doivent proposer un contenu nuancé, être basées sur des principes andragogiques et s'inscrire dans une démarche structurée de formation continue.	3.1 Les formations en regard de la compétence culturelle doivent à tout prix éviter les généralisations simplistes qui peuvent nourrir les stéréotypes à l'endroit de certains groupes culturels. Ces formations doivent plutôt miser sur la sensibilité à l'égard des variations dans les croyances, les attentes et les modes de communications à privilégier
	3.2 La formation doit : être basée sur des principes d'andragogie, inclure des évaluations pré et post et être menée par des formateurs compétents. L'approche de formation utilisée devrait mettre l'emphase sur l'acquisition de connaissances, d'habiletés ou d'attitudes, selon les besoins de l'établissement et de ses intervenants.
	3.3 La formation des intervenants doit être clairement mise en lien avec la mission, les buts et les objectifs de l'établissement et être accompagnée de mesures de soutien pour permettre la mesure de l'amélioration des pratiques et la reddition de compte.

Question 4 : Quels éléments (contenus et modalités) devraient définir le processus d'accueil-orientation des interprètes au sein des établissements?

Recommandations	Éléments à considérer
<p>1. Les interprètes doivent être informés, soutenus et reconnus afin de mieux travailler en collaboration avec les intervenants.</p>	1.1 Les intervenants et les interprètes doivent être informés afin de mieux communiquer et de mieux collaborer.
	1.2 La perspective des interprètes de même que la nature complexe de leur rôle doivent être davantage reconnues par les établissements et les intervenants afin de mieux soutenir les interprètes et de développer une meilleure collaboration avec les intervenants.
	1.3 La reconnaissance du rôle et de la perspective des interprètes peut prendre la forme d'une amélioration des conditions de travail des interprètes ou de la mise en œuvre d'initiatives pour favoriser la collaboration des interprètes à l'intérieur des équipes d'intervention
	1.4 Les établissements doivent mettre en place une campagne de sensibilisation à l'importance de rapporter les situations qui nuisent à la sécurité des usagers dans le cadre d'intervention en situation de barrière linguistique. Ce type de campagne devrait s'adresser à tous sans distinction de statut vis-à-vis de l'établissement (employés ou interprètes).
<p>2. Les interprètes doivent être informés concernant certaines notions-clés en santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'éthique et la confidentialité • Les bases du jargon médical et technique • Les éléments qui constituent un risque pour la sécurité de l'utilisateur 	2.1 Les interprètes doivent être informés pour mieux comprendre l'ensemble du spectre des événements qui peuvent constituer un risque pour la sécurité de l'utilisateur et les procédures pour rapporter ces événements et prendre conscience de leur rôle dans la prévention et le signalement de tels événements
	2.2 Il faut informer les interprètes de certains éléments spécifiques à l'intervention dans le réseau de la santé afin qu'ils développent : des connaissances linguistiques fonctionnelles de l'anatomie et de la physiologie, une connaissance approfondie de la terminologie liée au diagnostic, à la prévention, aux traitements et à la gestion de la maladie, une compréhension des concepts clés liés à la confidentialité, au consentement éclairé et aux droits de l'utilisateur.

ETMISSS sur les interventions en interprétariat

Consultation des parties prenantes

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je consens librement à participer à la consultation des parties prenantes en lien avec l'ETMISSS sur les interventions en interprétariat. Ma contribution implique la participation à un groupe de discussion d'une durée d'une heure trente.

Je comprends que :

- 1) L'objectif principal de cette ETMI est d'éclairer la prise de décision concernant les bonnes pratiques à mettre en œuvre lors des interventions en interprétariat.
- 2) L'objectif principal de la consultation des parties prenantes est de permettre aux intervenants et aux interprètes d'exprimer leur point de vue sur les enjeux liés aux interventions en interprétariat.
- 3) Le groupe de discussion sera enregistré sur support numérique.
- 4) Toutes les informations livrées lors de la séance seront traitées d'une façon confidentielle et les résultats diffusés préserveront l'anonymat.
- 5) En tout temps, je peux mettre fin à ma participation sans risque de préjudice.

Participant(e) (nom en caractère d'imprimerie)

Signature du participant

Date

ANNEXE 10 : TABLEAU DE SYNTHÈSE DES REVUES

Type de revue	Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Limites principales
Principale	Anderson, L. M., & al. (2003)	Efficacité des interventions en interprétariat menées par des interprètes professionnels ou des membres du personnel	6	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats concernant l'efficacité des stratégies de diffusion de matériel audiovisuel pour favoriser l'acquisition de connaissances et les changements d'attitude et de comportement sont mitigés. 	<ul style="list-style-type: none"> Conclusions limitées par le nombre restreint de documents inclus dans la revue. Peu d'informations sont fournies sur le processus d'évaluation de la qualité des études alors que l'exclusion d'études sur la base de la qualité semble limiter les conclusions possibles par manque de données.
Principale	Azarmina, P., & Wallace, P. (2005)	Interventions en interprétariat à distance	9	<ul style="list-style-type: none"> Lors d'interventions en présence, les usagers se disent plus satisfaits lorsque l'intervention est menée avec un interprète formel. Les préférences des usagers quant à la modalité (en présence ou par téléphone) sont partagées L'interprétariat simultané par téléphone est associé à une augmentation des énoncés de l'utilisateur et de l'intervenant lorsque comparée à l'interprétariat consécutif en présence. Des interventions d'interprétariat simultané par téléphone permettent de noter 13% moins d'erreurs dans la transmission de l'information, comparativement à l'interprétariat consécutif en présence. 	<ul style="list-style-type: none"> Peu d'informations sur les outils ou procédures d'évaluation de la qualité des documents inclus dans la revue Il n'est pas mentionné si le processus de revue a été effectué en accord interjuges.

Type de revue	Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Limites principales
				<ul style="list-style-type: none"> • Les interprètes préfèrent les interventions en personne parce qu'ils estiment que de pouvoir voir l'utilisateur et l'intervenant est important et que selon eux une intervention par téléphone est plus exigeante techniquement • L'intervention par téléphone permet aux interprètes de réduire de manière substantielle le temps de gestion logistique de leurs activités, par exemple leur temps de déplacement ou d'attente entre les rendez-vous • L'utilisation d'interprètes informels peut être considérée, mais les usagers et leur famille devraient être impliqués dans le processus décisionnel et bien informés de la possibilité d'avoir accès gratuitement à interprète formel • Il est important de consigner et de tenir à jour au dossier de l'utilisateur les informations concernant : <ol style="list-style-type: none"> 1) le niveau langagier de l'utilisateur dans la langue d'accueil; 2) les préférences de l'utilisateur quant à l'utilisation d'un interprète. 	
Principale	Bauer, A. M., & Alegria, M. (2010).	Effets des barrières linguistiques et des interventions en interprétariat sur la qualité des soins psychiatriques	14	<ul style="list-style-type: none"> • La divulgation de l'information par l'utilisateur est plus complète dans les interventions avec des interprètes formels, particulièrement concernant les symptômes psychologiques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu d'informations sur les outils ou procédures d'évaluation de la qualité des documents inclus dans la revue. • La présentation des résultats manque de synthèse, parfois difficile de voir ce qu'on peut en conclure.

Type de revue	Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Limites principales
				<ul style="list-style-type: none"> • Les interprètes moins à l'aise dans la langue de service font davantage d'erreurs dans la transmission de l'information. • Les interprètes informels peuvent avoir une attitude moins transparente lorsqu'ils ne comprennent pas bien le discours. • Les modifications ou pertes au discours sont plus grandes lorsque l'utilisateur formule des phrases longues ou complexes. 	
Principale	Bereknyei, S. (2012)	Les types de formation pour améliorer les compétences linguistiques des intervenants et leurs effets sur la compétence, sur l'utilisateur et le système de santé	13	<ul style="list-style-type: none"> • Les connaissances peu nombreuses sur les effets des formations sur la collaboration entre intervenants et interprètes : l'hétérogénéité des contenus et des modalités des formations de même que des mesures d'effet utilisées dans les différentes études font en sorte qu'il est difficile d'attribuer les effets à des éléments spécifiques. 	•
Principale	Brisset, C., Leanza, Y., & Laforest, K. (2013)	Enjeux relationnels des interventions en interprétariat selon le type d'interprète	61	<ul style="list-style-type: none"> • L'interprète peut être appelé à jouer plusieurs rôles, notamment celui de courtier culturel. • Une perte de neutralité chez l'interprète peut générer chez l'intervenant un sentiment de perte de contrôle de l'intervention. Il est nécessaire d'établir la confiance, le respect et la reconnaissance des rôles de chacun. 	•

Type de revue	Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Limites principales
				<ul style="list-style-type: none"> • L'engagement émotif de l'interprète joue un grand rôle dans la satisfaction de l'utilisateur. • Les modifications du discours effectuées par un interprète ne doivent pas être toujours considérées comme des erreurs ou comme étant négatives : elles peuvent être nécessaires pour exprimer de l'empathie, transmettre le discours de manière culturellement adéquate ou lorsque les équivalents n'existent pas d'une langue à une autre. • Afin d'assurer la qualité des soins, les modifications au discours doivent être faites de manière transparente. • Il est prioritaire de former les intervenants et les interprètes à une meilleure communication et collaboration. • Les intervenants doivent être sensibilisés à la complexité du rôle des interprètes. • La nature complexe du rôle des interprètes de même que la perspective de ces derniers ne sont pas suffisamment reconnues par les établissements. • Les interprètes reçoivent peu de soutien pour naviguer à travers les situations difficiles liées à la complexité de leur rôle, notamment les dilemmes éthiques. 	

Type de revue	Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Limites principales
				<ul style="list-style-type: none"> La reconnaissance et le soutien des établissements à l'égard du rôle des interprètes permettraient à ces derniers, mais aussi aux intervenants et aux usagers d'avoir davantage confiance envers les services d'interprétariat et contribueraient à améliorer les relations entre ceux-ci. Ce soutien peut prendre la forme, par exemple, de supervision dans les interventions alors que la reconnaissance peut prendre la forme d'une amélioration des conditions de travail des interprètes et de l'offre, aux intervenants, de formation pour mieux travailler en équipe avec les interprètes dans le respect de l'intégrité professionnelle de ces derniers. 	
Principale	Farooq, S., Kingston, P., & Regan, J. (2015)	Effets des barrières linguistiques et des interventions en interprétariat sur l'évaluation et la gestion des problèmes de santé mentale chez les aînés	4	<ul style="list-style-type: none"> Lorsqu'un membre de la famille agit comme interprète, les usagers sont réticents à divulguer des informations de nature plus privée. Les usagers sont souvent hésitants à répondre aux questions d'un intervenant lorsqu'un jeune membre de la famille agit comme interprète. Les interprètes qui considèrent leur rôle comme celui d'un médiateur culturel ont tendance à modifier le discours de l'intervenant. Il est complexe, pour certains usagers, de trouver un membre de leur famille ou de leur réseau social 	<ul style="list-style-type: none"> La solidité des conclusions est limitée par le nombre restreint de documents inclus dans la revue.

Type de revue	Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Limites principales
				<p>qui soit disponible pour jouer le rôle d'interprète.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les intervenants doivent être plus familiers avec les politiques et procédures liées à l'utilisation des services d'interprétariat. • Les intervenants doivent apprendre à adapter leur langage lors des interventions en interprétariat (éviter le jargon médical, utiliser un langage clair, des phrases courtes, s'adresser à l'utilisateur et non à l'interprète). • Les intervenants doivent être sensibilisés à l'importance d'échanger avec l'interprète toute l'information pertinente lors de rencontres pré et post intervention. • Lors d'une rencontre pré-intervention, l'intervention doit pouvoir informer l'interprète de l'objectif de l'intervention, des sujets qui y seront traités et d'éventuels propos ou gestes délicats qui pourraient survenir lors de l'intervention de même que l'importance de la confidentialité et les enjeux liés à la modification du discours de l'utilisateur. • Lors de l'entretien post-intervention, l'intervenant doit être préparé à faire un retour avec l'interprète sur les discussions et la dynamique de l'intervention afin d'apporter toutes les clarifications nécessaires. 	

Type de revue	Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Limites principales
				<ul style="list-style-type: none"> L'intervenant doit savoir qu'une intervention en interprétariat peut prendre jusqu'à deux fois plus de temps qu'une intervention régulière et être patient. 	
Principale	Hadziabdic, E., & Hjelm, K. (2013)	Conseils pratiques pour les interventions en interprétariat basés sur les écrits scientifiques	37	<ul style="list-style-type: none"> L'interprète peut être appelé à jouer plusieurs rôles, notamment celui de courtier culturel. La concordance des genres entre l'interprète et l'utilisateur est importante afin de faciliter la communication, le respect de l'intégrité et de l'intimité de la personne, particulièrement lorsque l'intervention est en lien avec les régions intimes (suivi de grossesse, santé gynécologique et sexuelle). Les résultats concernant la divulgation de l'information sont mitigés : certains usagers sont plus en confiance avec un interprète informel alors que d'autres hésitent, dans ce cas, à transmettre certaines informations à l'intervenant, notamment en matière de santé mentale. Des usagers dont les membres de la famille ont agi comme interprètes se sont dit frustrés par certaines erreurs dans la transmission de l'information et par une incertitude concernant l'information qui leur avait été transmise en regard du traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> Méthodologie et résultats présentés de manière claire et nuancée, toutefois un tableau synthèse des principaux résultats et limites des documents inclus aurait pu être utile.

Type de revue	Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Limites principales
				<ul style="list-style-type: none"> • La perte du contact visuel et du langage corporel lors d'une intervention par téléphone comporte un risque supplémentaire de transformation ou d'erreur dans la transmission des informations. • La qualité d'un interprète dépend de ses habiletés langagières et ces habiletés peuvent varier, surtout chez les interprètes informels. • Il est normal qu'un interprète ait parfois à se référer à un dictionnaire ou qu'il demande des spécifications ou des reformulations. • Certains mots et certaines phrases ne peuvent pas être traduits littéralement, avec le même nombre de mots ou la même structure, parce que les langues ne sont pas construites de manière identique. • Les spécificités culturelle et langagière de la région de provenance de l'utilisateur peuvent influencer la capacité de l'interprète à communiquer adéquatement avec l'utilisateur. • Les interventions par téléphone facilitent l'accès à un interprète en dehors des heures de bureau et pour des langues plus rares. • Il faut tenir compte de l'appartenance commune de l'utilisateur et de l'interprète à des communautés ou associations culturelles ou religieuses 	

Type de revue	Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Limites principales
				<p>puisque cela peut être gênant pour le respect de la vie privée de l'utilisateur.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La discussion devrait se faire par l'intermédiaire de l'interprète tout au long de l'intervention, même si un proche de l'utilisateur parlant la même langue que l'intervenant est présent et que ces derniers discutent ensemble. • Lorsqu'un proche de l'utilisateur est amené à jouer le rôle de l'interprète, il risque de ne pas pouvoir jouer aussi adéquatement son rôle de soutien et de conseiller auprès de l'utilisateur. • L'interprétariat par téléphone protège le sentiment de confidentialité de l'utilisateur, particulièrement lorsqu'il est question de sujets délicats ou qu'un examen physique est nécessaire. • Lors de la réservation d'un interprète, mentionner clairement l'objectif de l'intervention. 	
Principale	Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H., & Mutha, S. (2007)	Effets des interventions en interprétariat sur la qualité des soins cliniques	28	<ul style="list-style-type: none"> • Les usagers sont plus satisfaits des interventions avec des interprètes formels que de celles avec des interprètes informels. • Les erreurs dans la transmission de l'information sont moins fréquentes lorsque les interventions sont menées par des interprètes formels. • Diminution statistiquement non significative du taux d'erreurs dans la transmission de l'information lorsque 	<ul style="list-style-type: none"> • Les informations concernant la méthodologie des documents inclus ont été extraites, mais aucune évaluation de la qualité à proprement parler n'a été effectuée.

Type de revue	Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Limites principales
				l'intervention en interprétariat est menée en simultanée par téléphone plutôt qu'en présence.	
Principale	Li, S., Pearson, D., & Escott, S. (2010)	Importance de considérer les barrières linguistiques et les services d'interprétariat dans les soins primaires	n/d	<ul style="list-style-type: none"> • La satisfaction des usagers est liée à la concordance des genres et au niveau de familiarité de l'utilisateur avec l'interprète. • L'interprétariat par téléphone peut affecter la dynamique relationnelle, nuire au développement d'une conversation en profondeur et à la transmission de l'information. • Les erreurs dans la transmission de l'information sont moins fréquentes lorsque les interventions sont menées par des interprètes formels. • L'intervention téléphonique augmente l'accessibilité aux services d'interprétariat. • L'utilisation d'un langage simple est une stratégie alternative en l'absence d'un interprète, mais le risque d'erreur dans la communication est grand. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune information sur le processus de sélection et l'évaluation de la qualité des documents inclus. • Aucun tableau synthèse présentant les principaux résultats et les principales limites des documents inclus.
Principale	Sleptsova, M., Hofer, G., Morina, N., & Langewitz, W. (2014)	Rôle de l'interprète de la perspective des interprètes, des usagers et des intervenants	34	<ul style="list-style-type: none"> • L'interprète peut être appelé à jouer plusieurs rôles, notamment celui de courtier culturel • Divergences entre les usagers, les intervenants et les interprètes dans les perceptions du rôle de l'interprète. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune information disponible sur la procédure d'évaluation de la qualité des documents inclus dans cette revue.

Type de revue	Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Limites principales
Complémentaire	Alam, R., Speed, S., & Beaver, K. (2012)	Expériences et préférences des usagers Bengalis et des intervenants dans l'accès aux soins pour le diabète	8	<ul style="list-style-type: none"> • Certains usagers préfèrent recourir à des interprètes informels qui sont des membres de la famille. • Les barrières linguistiques peuvent entraîner des délais dans l'utilisation des services de santé en lien avec l'absence de membres de la famille pouvant jouer le rôle d'interprète. • L'intervention d'interprètes informels provenant de la famille de l'utilisateur peut générer, chez l'utilisateur, des préoccupations, une résistance et un sentiment de culpabilité liés à la lourdeur de cette responsabilité pour un proche, particulièrement lorsque c'est un des enfants de l'utilisateur qui est appelé à jouer ce rôle. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation de la qualité des documents inclus dans cette revue a été effectuée par un seul chercheur, sans accord interjuges. • Les interventions en interprétariat ne sont abordées qu'en superficie puisque la question d'intérêt de cette revue ne porte pas spécifiquement sur ces interventions.
Complémentaire	Alhomoud, F., Dhillon, S., Aslanpour, Z., & Smith, F. (2013)	Facteurs contribuant à l'expérience de l'usage de médicaments des minorités ethniques au Royaume-Uni	15	<ul style="list-style-type: none"> • Certaines informations peuvent être perdues ou transformées lors de l'intervention de l'interprète. • Il est complexe, pour certains usagers, de trouver un membre de leur famille ou de leur réseau social qui soit disponible pour jouer le rôle d'interprète. • L'utilisation de matériel graphique paraît une stratégie alternative intéressante pour les interventions en situation de barrière linguistique, mais n'a pas été évaluée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune information disponible sur la procédure d'évaluation de la qualité des documents inclus dans cette revue. • Aucune information disponible sur les forces et limites des documents inclus dans cette revue • L'ensemble du processus de revue semble avoir été mené par un seul chercheur, sans accord interjuges. • Les interventions en interprétariat ne sont abordées qu'en superficie puisque la question d'intérêt de cette revue ne porte pas spécifiquement sur ces interventions.

Type de revue	Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Limites principales
Complémentaire	Allford, A., Qureshi, N., Barwell, J., Lewis, C., & Kai, J. (2014)	Développement éclairé d'interventions au Royaume-Uni pour les usagers provenant d'Asie-du-Sud, d'Afrique ou d'Irlande qui sont à risque de cancer familial du sein, des ovaires ou colorectal.	11	<ul style="list-style-type: none"> • Certains usagers perçoivent que les interprètes, formels ou informels, leur traduisent seulement certaines des informations transmises par l'intervenant. • Jouer le rôle d'interprète informel peut générer du stress chez les proches de l'utilisateur. • Des interventions incluant la diffusion de dépliants pour sensibiliser les usagers aux risques liés au cancer familial ainsi que pour faire connaître les services disponibles dans la communauté augmentent l'utilisation de questionnaires d'auto-triage, mais n'ont pas d'effets démontrés sur l'utilisation des services de santé. • Les stratégies de soutien par internet sont une avenue à explorer, mais les résultats d'évaluation de ces stratégies sont manquants ou peu solides. • Il est prioritaire de former les intervenants et les interprètes à une meilleure communication et collaboration. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il est indiqué qu'une évaluation de la qualité a été effectuée en accord interjuges, mais les outils ou la procédure utilisés ne sont pas mentionnés. • Les interventions en interprétariat ne sont abordées qu'en superficie puisque la question d'intérêt de cette revue ne porte pas spécifiquement sur ces interventions.
Complémentaire	Cheng, I. H., Drillich, A., & Schattner, P. (2015)	Expériences des réfugiés et demandeurs d'asile en lien avec les services généraux dans le pays d'accueil	23	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement d'une relation de confiance entre l'utilisateur et l'interprète, la concordance de genre et la présence du même interprète à chaque visite permettent de diminuer les appréhensions de certains usagers à l'égard des interventions avec des interprètes formels. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne présente pas de tableau synthèse des résultats et limites des documents inclus.

Type de revue	Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Limites principales
				<ul style="list-style-type: none"> Certains usagers se disent préoccupés que les interprètes ne semblent pas transmettre l'intégralité de leurs propos à l'intervenant et ne leur expliquent pas adéquatement la teneur des concepts médicaux utilisés par l'intervenant. 	
Complémentaire	Dilworth, T. J., Mott, D., & Young, H. (2009)	Communication entre les pharmaciens et les usagers hispanophones	7	<ul style="list-style-type: none"> Les erreurs dans la transmission de l'information faites par les interprètes informels sont plus à même de causer des problèmes cliniquement significatifs (en discussion). En pharmacie, une des stratégies utilisées pour surmonter la barrière linguistique de l'utilisateur est de lui remettre un dépliant dans sa langue d'origine lui fournissant des informations sur le médicament qui lui est prescrit et d'imprimer, de manière informatisée, des étiquettes de prescription dans la langue de l'utilisateur. La diffusion de matériel audiovisuel paraît une stratégie alternative intéressante pour les interventions en situation de barrière linguistique, mais n'a pas été évaluée. L'utilisation de matériel graphique paraît une stratégie alternative intéressante pour les interventions en situation de barrière linguistique, mais n'a pas été évaluée. L'utilisation d'ouvrages ou d'outils de références linguistiques par des 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune information disponible sur la procédure d'évaluation de la qualité des documents inclus dans cette revue. Les interventions en interprétariat ne sont abordées qu'en superficie puisque la question d'intérêt de cette revue ne porte pas spécifiquement sur ces interventions.

Type de revue	Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Limites principales
				<p>intervenants n'ayant pas le niveau de base dans la langue ciblée peut générer de la confusion et des erreurs de traduction.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les stratégies de soutien par internet sont une avenue à explorer, mais les résultats d'évaluation sur ces stratégies sont manquants ou peu solides. 	
Complémentaire	Fisher, J., & Hinchliff, S. (2013)	Expériences des femmes immigrantes dans les services de maternité au Royaume-Uni	12	<ul style="list-style-type: none"> L'utilisation d'un langage spécialisé ou «médicalisé» peut poser problème pour les interprètes qui n'ont pas d'expérience ou de formation spécifique au milieu de la santé. Il peut arriver que certains mots ou concepts ne trouvent pas d'équivalent exact d'une langue à l'autre et que des reformulations soient nécessaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Peu d'informations sur les stratégies de recherche et le processus de sélection des documents. Présentation très sommaire des résultats.
Complémentaire	Henderson, S., Kendall, E., & See, L. (2011)	Interventions culturellement appropriées pour des usagers de cultures et langues diverses souffrant de maladies chroniques	24	<ul style="list-style-type: none"> L'évaluation d'une intervention incluant notamment la diffusion de livrets et de dépliants portant sur les saines habitudes de vie et la santé cardio-vasculaire démontre une augmentation des connaissances sur les facteurs de risque et sur la prévention des maladies cardiovasculaires, mais aucun changement au niveau des comportements. L'évaluation d'une intervention incluant notamment la diffusion de livrets et de dépliants sur l'importance des tests de dépistages 	<ul style="list-style-type: none"> Les interventions en interprétariat ne sont abordées qu'en superficie puisqu'une seule étude portant sur la question a été retenue.

Type de revue	Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Limites principales
				<p>du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus démontre une augmentation, après deux ans, du nombre d'examen de dépistages dans la communauté ciblée, mais spécifie que les participants de l'étude ne sont tout de même pas à jour dans la passation de ces examens et que des interventions supplémentaires doivent être envisagées pour influencer les comportements en la matière.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concernant l'efficacité des stratégies de diffusion de matériel audiovisuel pour favoriser l'acquisition de connaissances et les changements d'attitude et de comportement sont mitigés. 	
Complémentaire	Wilson, C., & al. (2012)	Barrières et éléments facilitant l'accès aux soins de santé pour les minorités souffrant de diabète	47	<ul style="list-style-type: none"> • Certains usagers préfèrent recourir à des interprètes informels qui sont des membres de la famille parce qu'ils considèrent que cela permet une meilleure confidentialité et une meilleure compréhension commune. • Il est complexe, pour certains usagers, de trouver un membre de leur famille ou de leur réseau social qui soit disponible pour jouer le rôle d'interprète. • L'utilisation de matériel graphique présenté à l'utilisateur dans le cadre de rencontres individuelles et par un intervenant formé permet l'acquisition de connaissances. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'est pas mentionné si le processus d'évaluation de la qualité des documents a été effectué en accord interjuges. • Les interventions en interprétariat ne sont abordées qu'en superficie puisque la question d'intérêt de cette revue ne porte pas spécifiquement sur ces interventions.

Type de revue	Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Limites principales
				<ul style="list-style-type: none"> Les stratégies de soutien par internet sont une avenue à explorer, mais les résultats d'évaluation sur ces stratégies sont manquants ou peu solides. 	
Complémentaire	Zeh, P. (2013)	Barrières culturelles dans l'accès aux soins de santé pour les minorités souffrant de diabète	33	<ul style="list-style-type: none"> Les usagers sont plus satisfaits des interventions avec des interprètes formels que de celles avec des interprètes informels. Il est complexe, pour certains usagers, de trouver un membre de leur famille ou de leur réseau social qui soit disponible pour jouer le rôle d'interprète. Il est important de s'assurer que les usagers ont un niveau de littératie appropriée avant de mettre en œuvre une stratégie de diffusion de documents écrits pour transmettre de l'information à l'utilisateur. 	<ul style="list-style-type: none"> Il n'est pas mentionné si le processus d'évaluation de la qualité des documents a été effectué en accord interjuges. Les interventions en interprétariat ne sont abordées qu'en superficie puisque la question d'intérêt de cette revue ne porte pas spécifiquement sur ces interventions.

ANNEXE 11 : TABLEAU DE SYNTHÈSE DES GUIDES

Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Côtes moyennes à l'AGREE II	Limites principales
Betancourt, J. R., Renfrew, M. R., Green, A. R., Lopez, L., & Wasserman, M. (2012)	Guide visant à éclairer les décideurs sur les mesures à prendre afin d'améliorer la sécurité des interventions en situation de barrières linguistiques et culturelles.	n/d	<ul style="list-style-type: none"> • Les interprètes peuvent jouer un rôle important dans la réduction des erreurs médicales compte tenu de leur point de vue unique dans l'intervention. • Le rôle de l'interprète doit être valorisé afin qu'il puisse s'exprimer lorsqu'il perçoit des manques dans la communication ou la sensibilité culturelle entre l'intervenant et l'utilisateur. • Un interprète jouant le rôle de courtier culturel génère plusieurs bénéfices : <ol style="list-style-type: none"> 1) aider l'intervenant à mieux comprendre les croyances et pratiques culturelles de l'utilisateur; 2) aider l'utilisateur à comprendre la culture de l'intervenant; 3) dissiper des incompréhensions culturelles entre l'utilisateur et l'intervenant et prévenir ainsi des erreurs; 4) améliorer la communication entre l'utilisateur et l'intervenant. • Un interprète jouant le rôle de courtier culturel comporte aussi certaines difficultés : <ol style="list-style-type: none"> 1) la confusion dans la limite des rôles de chacun lors de l'intervention; 2) l'équilibre précaire entre défendre la sensibilité culturelle de l'utilisateur et maintenir l'objectivité et l'impartialité et 3) la résistance dans le milieu de la santé à laisser un interprète jouer son rôle de manière moins traditionnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Scope and Purpose: 6.67 • Stakeholder Involvement: 5.67 • Rigour of Development: 1.63 • Clarity: 5.5 • Applicability: 3 • Editorial Independence: 4 • Overall: 4 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu d'informations sur le poids relatif accordé aux différentes sources d'information (revue systématique et consultations d'experts) ou sur comment ces différentes sources ont respectivement été utilisées pour orienter l'élaboration du guide. • Peu d'informations sur le processus de revue systématique : méthode de sélection des études, évaluation de leur qualité et extraction des informations. • Aucune information sur le processus délibératif ayant mené à l'élaboration des recommandations. • Les sources primaires appuyant les énoncées ou les recommandations ne sont pas systématiquement citées.

Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Côtes moyennes à l'AGREE II	Limites principales
			<ul style="list-style-type: none"> • Des enjeux de confidentialité peuvent restreindre la divulgation de certaines informations par l'utilisateur lorsqu'un proche agit comme interprète. • Les interprètes informels sont plus à même de faire des erreurs cliniquement significatives que des interprètes formels. • Les interprètes informels issus du réseau social de l'utilisateur peuvent aussi être portés à ne pas transmettre certaines informations divulguées par l'utilisateur ou à y ajouter leur propre perspective. • L'interprète doit posséder une connaissance de base de la terminologie médicale. • Il existe 5 types de situations à haut risque d'erreur dans la transmission d'informations entre l'intervenant et l'utilisateur : <ol style="list-style-type: none"> 1) la conciliation de la médication; 2) la signature du congé; 3) l'option d'un consentement éclairé; 4) les interventions d'urgence et 5) les chirurgies • Lors des situations à haut risque d'erreurs, trois pratiques sont recommandées : <ol style="list-style-type: none"> 1) s'assurer de la présence d'un interprète formel; 2) fournir à l'utilisateur du matériel informatif dans sa langue et 3) s'assurer que l'utilisateur a bien compris l'ensemble de l'information pertinente en lui demandant de la reformuler dans ses propres mots. • L'utilisateur doit être informé de son droit d'accès aux services gratuits d'un interprète formel. 		

Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Côtes moyennes à l'AGREE II	Limites principales
			<ul style="list-style-type: none"> • Les préférences et besoins de l'utilisateur en matière d'interprétariat doivent être notés au dossier. • Lorsqu'un membre de la famille agit comme interprète informel, il peut s'en suivre de lourdes conséquences psychologiques pour ce dernier si jamais une erreur de sa part dans la transmission de l'information contribue à une erreur médicale. • Se fier aux habiletés limitées de l'utilisateur ou de l'intervenant dans une langue donnée pour communiquer dans cette langue avec un langage de base augmente les risques d'erreur clinique. • Les intervenants doivent être formés pour mieux intervenir en situation de barrière linguistique à six niveaux : <ol style="list-style-type: none"> 1) évaluer les besoins en interprétariat; 2) connaître les procédures de l'établissement concernant les services d'interprétariat; 3) comprendre le rôle de l'interprète; 4) savoir comment collaborer avec un interprète; 5) savoir comment accéder aux services d'un interprète et 6) être conscients du niveau de littératie médicale de l'interprète et de l'utilisateur. • Afin de prévenir les erreurs médicales lors d'intervention en situation de barrière linguistique, il est nécessaire de développer les compétences culturelles des intervenants. • Propose, pour atteindre les recommandations formulées, une formation déjà existante, nommée TeamSTEPPS, qui se base sur une revue des écrits scientifiques et qui vise à améliorer les pratiques des intervenants afin 		

Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Côtes moyennes à l'AGREE II	Limites principales
			<p>de favoriser la sécurité dans les interventions en situation de barrière linguistique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'importance du rôle des interprètes dans la détection et la prévention des erreurs médicales doit être reconnue et mise de l'avant. • Il est important, pour que les interprètes soient partie intégrante de l'équipe d'intervention, qu'ils participent aux rencontres d'échange et de planification de cette équipe et qu'ils soient présents lors des moments pivots de l'intervention. • Les interprètes doivent être formés pour mieux comprendre l'ensemble du spectre des événements qui peuvent constituer un risque pour la sécurité de l'utilisateur et les procédures pour rapporter ces événements. • Les interprètes doivent être formés à évaluer à quels moments ils doivent agir à titre neutre et à quel moment ils doivent agir à titre de courtier culturel. 		
Ouimet, A. M., Trempe, N., Vissandjée, B., & Hemlin, I. (2013)	Guide visant à améliorer la qualité de la communication dans l'offre de soins et de services sociaux et de santé aux usagers ayant une connaissance limitée du français	n/d	<ul style="list-style-type: none"> • Les intervenants doivent tenir compte des préférences de l'utilisateur dans la mise en œuvre de services d'interprétariat. • L'utilisation d'un interprète formel favorise l'ouverture de l'utilisateur face à l'intervenant. • L'utilisation d'interprètes formels réduit les risques de distorsion dans la transmission de l'information. • La qualité de l'interprétation est similaire, qu'elle soit menée en personne, par téléphone ou en visioconférence. • Il est important d'évaluer les compétences 	<ul style="list-style-type: none"> • Scope and Purpose: 5 • Stakeholder Involvement: 2.33 • Rigour of Development: 3 • Clarity: 5 • Applicability: 1 • Editorial Independence: 4 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu d'informations sur le poids relatif accordé aux différentes sources d'information (revue systématique et consultations d'experts) ou sur comment ces différentes sources ont respectivement été utilisées pour orienter l'élaboration du guide. • Aucune information sur le processus délibératif ayant mené à l'élaboration des recommandations.

Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Côtes moyennes à l'AGREE II	Limites principales
			<p>linguistiques du personnel de l'établissement lorsque celui-ci est appelé à agir à titre d'interprète.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au plan de la logistique dans la gestion des ressources, l'utilisation d'employés bilingues comme interprètes informels n'est pas toujours l'utilisation la plus judicieuse des ressources. • L'intervention téléphonique permet de faciliter l'accès à un interprète 24 heures sur 24 et dans une grande variété de langues. • L'utilisateur doit être informé de son droit d'accès aux services gratuits d'un interprète formel. • L'utilisation de formulaires d'évaluation traduits peut générer de la confusion dans l'intervention. • Le taux d'analphabétisme des usagers dans leur langue d'origine peut être élevé et qu'en ce sens, l'utilisation de matériel audiovisuel est parfois plus appropriée. • En l'absence de ressource d'interprétariat, l'intervenant peut utiliser ses propres connaissances dans une langue commune avec l'utilisateur si la situation clinique de l'utilisateur requiert une intervention immédiate, mais il doit tout au long de l'intervention valider la compréhension de l'utilisateur. • Les intervenants doivent être sensibilisés à l'importance de la bonne communication en situation de barrière linguistique et former à l'utilisation des services d'interprétariat à cinq niveaux : <ol style="list-style-type: none"> 1) sensibilisation aux enjeux des barrières linguistiques; 	<ul style="list-style-type: none"> • Overall: 4 	

Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Côtes moyennes à l'AGREE II	Limites principales
			<p>2) compréhension des raisons pour lesquelles les barrières linguistiques sont susceptibles d'engendrer des inégalités de santé;</p> <p>3) développement d'aptitudes à utiliser efficacement les services d'un interprète;</p> <p>4) développement d'habiletés à reconnaître une séance d'interprétariat qui ne fonctionne pas bien;</p> <p>5) développement d'un jugement critique quant à la pertinence d'utiliser leurs propres compétences linguistiques auprès d'usagers et</p> <p>6) maintien d'un discours simple et à établir avec l'interprète que ce dernier peut interrompre l'intervention à tout moment si besoin est d'une clarification.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les interprètes devraient avoir une formation en interprétariat médical incluant, en plus des compétences linguistiques et en interprétation, des notions-clés concernant les enjeux éthiques, le vocabulaire médical et à les concepts médicaux difficilement traduisibles. 		
Pumariega, A. J., Rothe, E., Mian, A., Carlisle, L., Toppelberg, C., Harris, T., ... & Smith, J. (2013).	Guide visant à l'application clinique des principes de compétence culturelle afin d'améliorer les services en santé mentale en enfance/jeunesse	n/d	<ul style="list-style-type: none"> • L'interprète peut être amené à jouer un rôle de courtier culturel. • L'interprète devrait transmettre toute l'information donnée de manière intégrale. • Les interventions par téléphone ne permettent pas de transmettre l'information issue du langage non verbal de l'usager ou de l'intervenant. • L'intervention téléphonique permet de faciliter l'accès à un interprète 24 heures sur 24 et dans une grande variété de langues. • Lors du choix de la modalité et du type de 	<ul style="list-style-type: none"> • Scope and Purpose: 4.66 • Stakeholder Involvement: 4.66 • Rigour of Development: 2.63 • Clarity: 5 • Applicability: 1 • Editorial Independence: 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu d'informations sur le processus de revue systématique. • Aucune information sur la contribution propre de la consultation d'expert. • Peu d'informations sur le poids relatif accordé aux différentes sources d'information (revue systématique et consultations d'experts) ou sur comment ces différentes sources ont respectivement été utilisées pour orienter l'élaboration du guide. • Aucune information sur le processus délibératif ayant mené à l'élaboration

Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Côtes moyennes à l'AGREE II	Limites principales
			<p>services en interprétariat, le consentement éclairé de l'utilisateur doit être obtenu et idéalement, documenté.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lorsqu'un enfant est appelé à jouer le rôle d'interprète (qu'il soit lui-même l'utilisateur ou qu'il joue ce rôle lorsque son parent est usager), on observe une hausse du stress familial, des risques de troubles de comportements internalisés et d'abus de substances chez les adolescents de même que des effets délétères sur les habiletés parentales et le fonctionnement académique de l'enfant. • Tout document d'information de même que tout instrument ou questionnaire diagnostique devrait être traduit et validé scientifiquement pour le groupe culturel ciblé. • Les intervenants devraient être prudents dans leurs interprétations cliniques s'ils se basent sur du matériel diagnostique qui n'a pas été traduit et validé de manière méthodologiquement fiable. 	<p>4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overall: 4 	<p>des recommandations.</p>
<p>US Department of Health and Human Services. (2013).</p>	<p>Guide visant à éclairer les établissements de santé dans la mise en œuvre de services culturellement et linguistiquement adaptés.</p>	<p>n/d</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'interprète est appelé à jouer plusieurs rôles: interpréter, clarifier certaines spécificités culturelles et parfois défendre l'utilisateur. • Compte tenu de leur relation avec l'utilisateur, les interprètes informels provenant du réseau social de l'utilisateur peuvent compromettre la confidentialité et créer une hésitation chez l'utilisateur à divulguer certaines informations sensibles. • Les proches de l'utilisateur et le personnel de l'établissement n'ont généralement pas les habiletés requises pour agir à titre 	<ul style="list-style-type: none"> • Scope and Purpose: 5.33 • Stakeholder Involvement: 6 • Rigour of Development: 1.25 • Clarity: 5.5 • Applicability: 2.5 • Editorial Independence: 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune information sur le processus de revue systématique. • Peu d'informations sur le poids relatif accordé aux différentes sources d'information (revue systématique et consultations d'experts) ou sur comment ces différentes sources ont respectivement été utilisées pour orienter l'élaboration du guide. • Aucune information sur le processus délibératif ayant mené à l'élaboration des recommandations.

Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Côtes moyennes à l'AGREE II	Limites principales
			<p>d'interprète.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une intervention en interprétariat de qualité doit rendre les expressions et les nuances dans leur intégralité pour maintenir le message original. Pour ce faire l'interprète doit avoir un : <ol style="list-style-type: none"> 1) un niveau élevé d'habiletés dans les deux langues; 2) des habiletés d'écoute active; 3) des habiletés de transmission du message; 4) des connaissances des régionalismes et des différents niveaux de langage dans les deux langues. • L'interprète doit posséder une connaissance de base de la terminologie médicale. • Il est faux de croire que l'accès à un proche pouvant agir à titre d'interprète est toujours aisé pour l'utilisateur et que cela diminue les délais dans la prestation de service. • Les préférences et besoins de l'utilisateur en matière d'interprétariat doivent être notés au dossier. • Les besoins linguistiques de la famille ou des proches de l'utilisateur doivent aussi être considérés. • Lorsqu'un proche de l'utilisateur doit agir à titre d'interprète, cela peut créer une tension dans la relation et générer un stress et des émotions négatives. Cette responsabilité ne doit pas être portée par les proches qui doivent plutôt soutenir l'utilisateur. • Plusieurs organismes de littératie en santé créent et distribuent du matériel d'information, notamment sous forme de 	<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overall: 4 	

Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Côtes moyennes à l'AGREE II	Limites principales
			<p>documents écrits. Ce matériel est spécialement conçu pour être aisément compris par les usagers.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tout matériel didactique doit être utilisé dans le cadre d'une stratégie d'information et non pas comme un substitut au service d'un interprète. • Les intervenants doivent être formés : <ol style="list-style-type: none"> 1) sur les responsabilités de chacun dans le cadre d'une intervention en interprétariat; 2) sur la collaboration avec les interprètes; 3) sur l'utilisation des services d'interprétariat (accès, procédures et politiques) et 4) sur les moyens pour reconnaître, prévenir et intervenir en lien avec les conflits et les potentiels motifs de plainte concernant les services en interprétariat. • Les intervenants doivent développer des moyens de communication efficaces en regard des spécificités de différents groupes culturels. • Les formations en regard de la compétence culturelle doivent à tout prix éviter les généralisations simplistes qui peuvent nourrir les stéréotypes à l'endroit de certains groupes culturels. • La formation des intervenants doit : <ol style="list-style-type: none"> 1) être basée sur des principes d'andragogie; 2) inclure des évaluations pré et post; 3) être menée par des formateurs compétents; 4) être clairement mis en lien avec la mission, les buts et les objectifs de l'établissement et 5) être accompagné de mesures de soutien pour permettre l'amélioration des pratiques. 		

Auteurs et année de publication	Sujet	Nombre de sources primaires	Résultats principaux	Côtes moyennes à l'AGREE II	Limites principales
			<ul style="list-style-type: none"> • Il faut former les interprètes à certains éléments spécifiques à l'intervention dans le réseau de la santé afin qu'ils développent : <ol style="list-style-type: none"> 1) des connaissances linguistiques fonctionnelles de l'anatomie et de la physiologie; 2) une connaissance approfondie de la terminologie liée au diagnostic, à la prévention, aux traitements et à la gestion de la maladie; 3) une compréhension des concepts clés liés à la confidentialité, au consentement éclairé et aux droits de l'utilisateur. 		

Recommandations proposées
Comité délibératif
28 février 2017

Lors de la mise en œuvre d'une intervention en interprétariat

Les intervenants doivent :

1. Consigner et tenir à jour au dossier de l'utilisateur les informations concernant :
 - a. Le niveau de langage de l'utilisateur dans la langue des services
 - b. Les préférences de l'utilisateur concernant les services d'interprétariat
 - c. Les interventions en interprétariat mises en œuvre
2. Faire part à l'utilisateur de la possibilité d'accès aux services gratuits et confidentiels d'un interprète formel et les bénéfices de ce service
3. Choisir le type (formel ou informel) et la modalité (en présence ou par téléphone) des services d'interprétariat en considérant que :
 - a. Pour favoriser la qualité et la sécurité des services, il est préférable de recourir aux services d'un interprète formel en présence
 - b. Pour favoriser la qualité des services et le respect de l'intégrité de l'utilisateur, il peut être nécessaire de favoriser une concordance de genre et de dialecte entre l'utilisateur et l'interprète
 - c. Pour des raisons d'accès et de logistique de même pour respecter les préférences de l'utilisateur, il peut être pertinent de recourir aux services d'un interprète formel par téléphone ou à ceux d'un interprète informel.
 - d. La décision concernant le type et la modalité des services d'interprétariat doit être discutée avec l'utilisateur et approuvée par ce dernier.

Les interprètes doivent :

4. Agir de manière transparente en indiquant à l'intervenant et à l'utilisateur lorsqu'ils font des ajouts, modifications ou reformulations d'information
5. Agir de manière professionnelle en maintenant une posture réflexive quant à leur rôle.

L'intervenant et l'interprète doivent, ensemble :

6. Mettre en place des mécanismes favorisant la collaboration en triade (intervenant-interprète-utilisateur) :
 - a. Préalablement à l'intervention, partager les informations pertinentes concernant les objectifs et le contexte de l'intervention et le contexte culturel de l'utilisateur
 - b. En début d'intervention, clarifier, en présence de l'utilisateur, le rôle de l'interprète
 - c. En début d'intervention, énoncer les règles de communication à respecter :
 - i. Formuler des phrases simples et courtes
 - ii. Éviter le jargon technique
 - iii. Prendre le temps nécessaire aux demandes de clarifications et aux reformulations
 - iv. Laisser fréquemment à l'interprète l'occasion de traduire
 - v. S'adresser directement à la personne ciblée (l'intervenant s'adresse à l'utilisateur et vice-versa).

En l'absence d'interprète ou lors d'un refus de l'utilisateur, l'intervenant doit :

7. S'il s'agit d'un refus : tenter de mettre l'utilisateur en confiance et lui expliquer la possibilité d'accéder à des services d'interprétariat gratuits et confidentiels
8. S'il s'agit d'un manque de ressource en interprétariat :
 - a. Reporter le rendez-vous si la situation clinique le permet
 - b. Vérifier la possibilité d'avoir recours à des ressources alternatives
9. Utiliser avec une grande prudence les stratégies alternatives telles que :
 - c. L'utilisation d'un langage simple dans une langue commune en demandant régulièrement à l'utilisateur de reformuler dans ses mots les informations transmises par l'intervenant
 - d. Des ouvrages ou outils de références linguistiques (dictionnaires, lexiques, outils de traduction en ligne)
 - e. Des documents écrits, du matériel graphique ou audiovisuel
10. Faire appel à un interprète dès que possible et revoir en présence de celui-ci les informations importantes transmises précédemment afin de s'assurer que celles-ci ont bien été comprises.

La formation continue des intervenants doit, en matière de services en interprétariat :

11. Favoriser la collaboration avec les interprètes en amenant les intervenants à :
 - a. Être sensibles à l'importance et la complexité des rôles de l'interprète
 - b. Être sensibles à l'importance de partager les informations pertinentes concernant l'intervention
 - c. Savoir quelles informations sont pertinentes à partager à l'interprète et comment elles peuvent être formulées de manière à respecter la confidentialité
 - d. Connaître les protocoles et mécanismes d'accès et de planification des services d'interprétariat
 - e. Connaître les ressources alternatives en interprétariat
 - f. Adopter, pendant l'intervention, les règles favorisant une bonne communication avec l'interprète et l'utilisateur
 - g. Savoir reconnaître, prévenir et agir lorsque l'intervention ne se passe pas adéquatement
12. Faire connaître aux intervenants les éléments à prendre en considération dans la mise en œuvre d'une intervention en interprétariat (voir recommandations 1 à 6)
13. Sensibiliser les intervenants aux conséquences possibles d'une mauvaise compréhension interculturelle ou d'un manque de respect envers les croyances ou les traditions de l'utilisateur
14. Miser sur la sensibilité et la pratique réflexive des intervenants et éviter les généralisations pouvant nourrir les stéréotypes
15. Être mise en œuvre par des formateurs compétents sur la base de principes andragogiques
16. Être accompagnée de mesures de soutien dans la mise en application des apprentissages telles que :
 - a. La reconnaissance par les établissements du temps nécessaire à la mise en œuvre d'une intervention en interprétariat (interventions plus longues, temps de planification, etc.)
 - b. La formalisation des rencontres pré et post intervention entre l'interprète et l'intervenant.

Le processus d'accueil-orientation des interprètes au sein des établissements doit :

17. Offrir soutien et reconnaissance aux interprètes via :
 - a. Le partage de rétroactions entre intervenant et interprète à la suite des interventions
 - b. Le partage des informations pertinentes concernant l'intervention avant celle-ci afin de permettre à l'interprète de se préparer techniquement et émotionnellement
18. Fournir aux interprètes les connaissances nécessaires à l'intervention ethnoculturelle dans le milieu de la santé et des services sociaux afin de leur permettre de :
 - a. Garder une distance émotionnelle face à l'utilisateur et à l'intervention
 - b. Connaître sommairement les différents contextes techniques d'intervention afin de pouvoir ajuster leurs pratiques en fonction de ceux-ci
 - c. Connaître les termes techniques sociaux et médicaux de base ainsi que ceux propres à la structure du réseau
 - d. Savoir quelles sont les informations propres au contexte culturel de l'utilisateur qui doivent être transmises à l'intervenant et comment transmettre ces informations de manière neutre et professionnelle.

ETMISSS sur l'intervention en interprétariat
Rencontre du comité délibératif

Guide d'animation

Date et lieu de la rencontre :

Mardi le 28 février 2017, de 10h à 13h

CLSC Parc Extension
7085 Hutchison
H3N 1Y9

Salle 015 (Au sous-sol)

Objectifs :

- Statuer sur les recommandations qui seront présentées dans le rapport final de l'ETMISSS

Formule :

- Rencontre de trois heures ;
 - Brève introduction de l'objectif de la rencontre et tour de table permettant à chacun de se présenter (20 minutes)
 - Présentation et discussion des recommandations proposées (120 minutes)
 - Lunch (30 minutes)
 - Synthèse de la discussion
- 6 participants et un observateur
- Animation par Mélodie Briand-Lamarche (APPR en ETMISSS du CIUSSS Centre-Ouest)
- Prise de notes (et précisions) par Muriel Guériton (APPR en ETMISSS du CIUSSS Centre-Sud)

Lignes directrices de la discussion :

- Les recommandations proposées sont-elles pertinentes en regard des résultats de l'ETMISSS?
- Les recommandations proposées sont-elles complètes?
- Les recommandations proposées sont-elles suffisamment concrètes?
- Les recommandations proposées sont-elles suffisamment nuancées?

Merci de votre participation!

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Ouest-
de-l'Île-de-Montréal**

Québec 


SHERPA

Recherche. Immigration. Société.

Parce que notre monde bouge