

Juliana Alvarez

DES PICTOGRAMMES POUR SURMONTER LA BARRIÈRE DE LA LANGUE

Une étude de cas dans une ressource intermédiaire



Les publications de l'équipe METISS voient le jour grâce à une subvention du Fonds de recherche du Québec - société et culture (FRQ-SC).

Le projet faisant l'objet du présent rapport a été financé par le FRQ-SC, par l'entremise des fonds de développement de l'équipe METISS.

Une publication de l'Équipe de recherche METISS - Migration et ethnicité dans les interventions en santé et en services sociaux, en collaboration avec le Centre de recherche SHERPA, le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et l'UQAM

7085 Hutchison
Montréal, Qc., H3N 1Y9
514-273-3800 poste 6351
andreeanne.boisjoli.cdn@ssss.gouv.qc.ca

www.equipemetiss.com

Titre : Des pictogrammes pour surmonter la barrière de la langue. Une étude de cas dans une ressource intermédiaire

Auteure (texte et figures) : Juliana Alvarez

Outil illustré : Lingvo Picto_{MC} (Juliana Alvarez et Simon Marino Fortier)

Collaboration : Françoise Mc Donald, coordonnatrice à la Ressource intermédiaire, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Graphisme et mise en page : Andréanne Boisjoli

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

Québec



*Institut universitaire au regard
des communautés ethnoculturelles*

SHERPA
Recherche. Immigration. Société.

UQAM



ISBN 978-2-922748-09-3 (en ligne)

Dépôt légal - Bibliothèque et archives du Canada, 2016

Dépôt légal - Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2016

© 2016 Équipe METISS, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

DES PICTOGRAMMES POUR SURMONTER LA BARRIÈRE DE LA LANGUE

Une étude de cas dans une ressource intermédiaire

Juliana Alvarez, designer industrielle, cofondatrice d'IDE3S (www.ide3s.com)

La recherche présentée ici s'est intéressée aux structures relationnelles entre le thérapeute, le patient et la famille dans un centre d'hébergement (une ressource intermédiaire) accueillant des personnes âgées. À travers cette étude, il a été possible de rendre compte des impacts d'un support graphique – des pictogrammes – sur la dynamique communicationnelle entre les acteurs. Nous avons adopté une approche qualitative afin de proposer une méthodologie exploratoire qui, grâce à des ateliers participatifs et des groupes de discussion, a permis d'approfondir les connaissances sur ce phénomène social.

PRÉFACE

L'idée de ce projet est née parce que nous savions que des pictogrammes étaient utilisés à l'Hôpital Sainte-Justine, pour communiquer avec des parents allophones. Nous avons pensé qu'une transposition de cet outil pourrait être intéressante à essayer dans une ressource intermédiaire comme la nôtre, où sont hébergées des personnes âgées d'origines diverses. Nous cherchions un moyen de faciliter la communication entre les préposés et les personnes âgées allophones, à qui ils donnent des soins quotidiennement, parce que nous avons observé qu'ils éprouvaient parfois des difficultés.

Les professionnels de la Ressource de la Montagne ont beaucoup collaboré à la collecte des données afin que la chercheuse puisse connaître les besoins du milieu, comme identifier les types de douleurs, ou aborder les soucis d'argent. Les pictogrammes produits par LingvoPicto, très beaux, se sont peut-être révélés difficiles à utiliser auprès d'une clientèle ayant de lourds déficits cognitifs : la démence rend parfois l'interprétation des images et symboles plus complexe. Ils seraient par contre bénéfiques pour favoriser la communication auprès d'une population allophone plus jeune ou ayant moins de déficits.

- Françoise Mc Donald, coordonnatrice, Ressource intermédiaire de la Montagne

I. INTRODUCTION

La diversité culturelle présente à Montréal a engendré de nombreux changements dans les structures sociales et politiques de la société. Ce constat a amené les professionnels, dont la majorité des interventions reposent sur les relations interpersonnelles, à s'interroger sur leurs pratiques quotidiennes. En santé et dans les services sociaux, les enjeux sont d'autant plus importants qu'ils mettent les bénéficiaires en position de vulnérabilité. Récalcitrantes aux approches, diagnostics et discours thérapeu-

tiques qui accordent peu d'importance aux réalités sociales, culturelles et économiques des soignés, des équipes multidisciplinaires se mobilisent pour proposer des approches mieux adaptées aux réalités contemporaines.

De plus, tel que le mentionne Bowen (2001) dans son rapport, peu de recherches font état des répercussions des barrières linguistiques sur les soins de santé. Pourtant, les résultats des traitements (Bibeau in De Plaen, 2004), l'utilisation des services, le niveau de satisfaction des patients (Steward, 1995 ; Little, 2001) et les coûts généraux pour le système de santé ou pour la société en sont tous affectés.

Pour faire face aux défis qu'occasionnent les différences linguistiques, le gouvernement a mis en place des services d'interprétariat. Toutefois, leur envergure, leurs ressources, leurs modèles de prestation de services et leur capacité à en assurer la qualité varient considérablement.

Montréal compte, à elle seule, plus de cent vingt communautés différentes (MICC, 2014). Les bénéficiaires qui se retrouvent dans les centres d'hébergement reflètent cette réalité. Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) accueillent des adultes en perte d'autonomie qui ne peuvent plus vivre dans leur milieu de vie naturel. Généralement, les personnes âgées dirigées vers ces centres nécessitent plus de trois heures de soins par jour (Santé Montréal, 2013). De ces bénéficiaires, 80% vivent avec une démence (Bourbonnais, 2009). Certains d'entre eux arrivent jusqu'à l'apraxie, c'est-à-dire une diminution, voire la perte de leurs aptitudes linguistiques. Les ressources intermédiaires, quant à elles, accueillent des personnes en perte d'autonomie ou dont la condition requiert des services de gîtes, de couvert, de soutien ou d'assistance (Gouvernement du Québec, 2013).

D'après le Gouvernement du Québec, les CHSLD offrent un suivi médical dans toutes ses facettes biopsychosociales: soins infirmiers et d'assistance, services de pharmacie, de physiothérapie, d'ergothérapie, de travail social, d'éducation spécialisée, de nutrition et d'accompagnement spirituel (Gouvernement du Québec, 2013). Tous les services énumérés se basent sur l'efficacité de l'échange d'information entre les intervenants et les bénéficiaires qui, pour la plupart, dépendent des prestataires de soins pour la majorité de leurs activités.

À cela s'ajoute le faible niveau de littératie en santé de plus de 88% des personnes âgées (Agence de la santé publique du Canada, 2011). Ces personnes n'ont pas toujours les connaissances ou les compétences adéquates pour comprendre et agir sur leur santé de façon appropriée. Conséquemment, les bénéficiaires des centres d'hébergement et des ressources intermédiaires représentent une population qualifiée de vulnérable, c'est pourquoi la communi-

cation et l'éducation sont perçues comme étant des besoins fondamentaux.

Actuellement, les patients présentent une plus grande difficulté à établir un lien de confiance (une alliance) avec un intervenant qui ne parle pas leur langue, sentant une incompréhension de sa part et ne comprenant pas lui-même ce que le professionnel souhaite passer comme message (Squires, 2008 ; Miller, 2000 ; Carrasquillo, 1999 ; Karliner, 2004 ; Ferguson, 2002). La langue, les différences culturelles et le niveau d'éducation augmentent les barrières communicationnelles. Face à ces réalités, les intervenants de la santé, comme les intervenants sociaux des ressources intermédiaires, ne disposent pas d'outils pour leur venir en aide. Pour pallier ces difficultés et pour que l'échange d'information se fasse adéquatement, une alternative visuelle est parfois utile. Afin de mieux saisir l'apport potentiel que peut avoir un support graphique sur la communication, l'étude de l'activité d'intervention est essentielle.

II. PROPOSITION VISUELLE

C'est dans cette ligne de pensée qu'un projet transdisciplinaire a été amorcé en 2009 en association avec un groupe de recherche de médecins et d'anthropologues du CHU Ste-Justine. Le projet s'est penché sur les difficultés relationnelles et communicationnelles en milieu d'urgence hospitalière multiculturelle. Cinq années de recherche sur les enjeux de la communication aux urgences pédiatriques se sont conclues avec le développement d'une proposition : Lingvo picto_{MC} (Alvarez, 2014). Il s'agit d'une charte iconographique qui facilite et accélère la tâche des intervenants en santé à la salle de triage, en améliorant l'échange d'information.

Une application mobile du nom de Mon traducteur de Symptômes a été développée par l'entreprise IDE3S inc. sur la base de l'étude réalisée ; le corps infirmier d'ici et d'ailleurs, notamment en Suisse, y a montré un vif intérêt.

Sur la base de ce projet, certaines opportunités d'application ont été identifiées dans différents milieux. Or, il est toujours nécessaire de comprendre la complexité des milieux d'implantation d'un langage pour que l'utilisation de celui-ci soit efficace et optimale; c'est pourquoi une recherche a été réalisée dans le but de développer un outil spécifique pour la Ressource intermédiaire de la Montagne, située dans le quartier Parc-Extension, à Montréal.



Figure 1. Lingvo Picto_{MC}

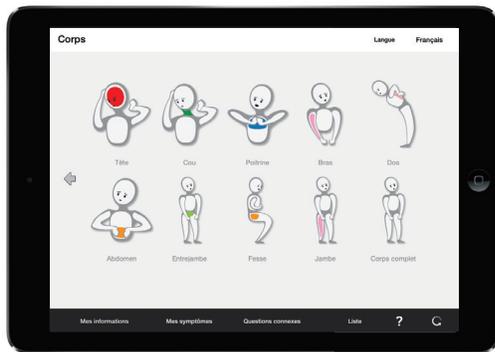


Figure 2. Mon Traducteur de symptômes

III. MÉTHODOLOGIE

L'objectif principal a été d'identifier les modes de communication interpersonnelle utilisés entre l'intervenant et le bénéficiaire issus de cultures distinctes dans une alliance thérapeutique. Dans le cadre de cette première phase exploratoire, le modèle de communication a été étudié d'après le schéma de Jakobson (1960)¹ mettant de l'avant le message véhiculé, le contact créé et le code utilisé lors de l'échange d'information. Pour compléter le modèle de Jakobson (1960), il sera également question du canal de diffusion. Il s'agit là du moyen utilisé par les intervenants pour transmettre leurs messages.

Le premier objectif spécifique a été de définir la dynamique communicationnelle qui se crée entre les acteurs et ce qu'elle implique tant sur le plan informationnel (compréhension et utilisation du visuel pour passer un message) que sur le plan psychosocial (empathie, lien de confiance entre les acteurs, etc.). Les acteurs ciblés pour cette première phase du projet ont été les intervenants en santé et services sociaux (préposés, infirmières et intervenants

¹ Jakobson (1960) propose le modèle de communication qui suit : dans un contexte (fonction référentielle) spécifique, un destinataire (fonction expressive) envoie un message (fonction poétique) codé (fonction métalinguistique) au destinateur (fonction conative) créant ainsi un contact (fonction phasique) entre eux. À ce modèle qui se base sur la communication verbale, il est intéressant d'ajouter les moyens utilisés comme canal de diffusion de l'information.

sociaux). Ainsi, les groupes de discussion ont été réalisés auprès de quatre intervenantes du CSSS de la Montagne ayant plus de deux ans d'expérience à la ressource intermédiaire.

Trois séances de discussion ont eu lieu. Deux d'entre elles ont été construites dans l'esprit d'ateliers participatifs afin que les intervenantes se sentent interpellées par le projet, qu'elles collaborent à la création de l'outil et se l'approprient dans l'avenir. Les thématiques proposées touchaient leurs expériences personnelles et les difficultés qu'elles rencontrent quotidiennement, les besoins en communication et les moyens pris pour véhiculer leur message ou recevoir de l'information de la part du bénéficiaire. À la suite de ces séances, un outil visuel a été créé à partir des informations recueillies. Finalement, un troisième groupe de discussion a été réalisé à la suite d'une période de test allant de juillet 2014 à février 2015 afin d'évaluer l'usage de l'outil et son appropriation par les intervenants et les bénéficiaires.

IV. RÉSULTATS

A. Le contexte

À la Ressource de la Montagne, les infirmières voient leurs patients quotidiennement pour faire le suivi de leur état de santé. Elles s'adaptent à l'endroit où ils se trouvent au moment de la visite médicale. Dans la majorité des cas, elles font l'examen médical dans la chambre du patient. Toutefois, si celui-ci se trouve dans la salle commune, et qu'il s'agit d'une prise de pression, de la température et de quelques questions routinières, elles s'assoient à ses côtés et font leur examen sur place. Lorsqu'elles doivent faire un examen plus complet et demander au patient de se déshabiller, ils se redirigent vers la chambre à coucher pour y trouver plus d'intimité.

B. Les acteurs

Dans la relation médicale entretenue entre les intervenants de la santé et le bénéficiaire, plusieurs acteurs sont impliqués, directement et indirectement. Lors de l'examen médical, la communication se déroule principalement entre l'intervenant et le bénéficiaire. Toutefois, il arrive plusieurs situations où les infirmières font intervenir des tierces parties. Lorsque le patient est allophone, elles vont parfois demander à un traducteur *ad hoc* de les aider. Il peut s'agir d'un autre employé de la ressource intermédiaire (préposé, concierge, réceptionniste, etc.) ou un travailleur externe tel qu'un aidant privé venant pour un autre patient de la même communauté culturelle.

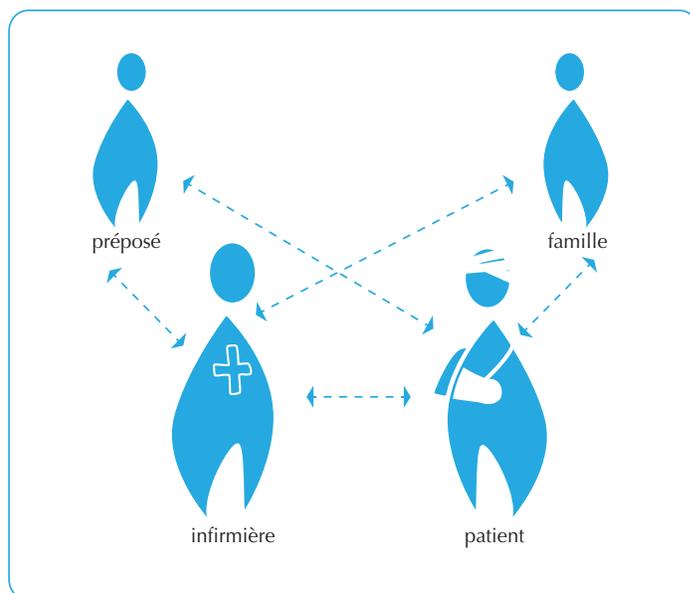
La famille du patient est également impliquée dans

certaines situations. Si un membre de la famille est présent lors de la visite médicale, il se peut qu'il intervienne directement dans la communication entre l'intervenant de la santé et le bénéficiaire en posant des questions à l'infirmière ou en communiquant certaines informations médicales perçues lors de ses visites. Toutefois, dans la majorité des cas, cette communication entre la famille du patient et l'infirmière se fait par téléphone, car les visites familiales ont lieu généralement le soir et la fin de semaine. Les infirmières font également appel aux membres de la famille pour obtenir de l'information ; ce sont ceux qui connaissent le mieux le patient.

Les préposés jouent également une part fondamentale dans l'information véhiculée entre l'infirmière et le patient. Quoique leur implication soit indirecte - ils n'interviennent jamais directement dans le dialogue entre l'infirmière et le bénéficiaire -, ils vont tout de même jouer un rôle crucial. Les préposés font le suivi continu des patients.

Passant toute la journée à leurs côtés, ils doivent également faire de la prévention. De plus, comme ils font le suivi de l'évolution de certains maux, ils se retrouvent en première ligne lorsque quelque chose ne va pas avec un patient.

Tous les soirs, les préposés ont pour tâche d'inscrire dans le dossier du patient toutes leurs observations



←-----→ dynamique de communication

Figure 3. Dynamique relationnelle entre les différents acteurs : infirmière, préposé, patient et famille

et interventions, car ils jouent également un rôle dans la prévention de la santé des patients, dans l'administration continue de certains médicaments et le suivi des traitements prescrits.

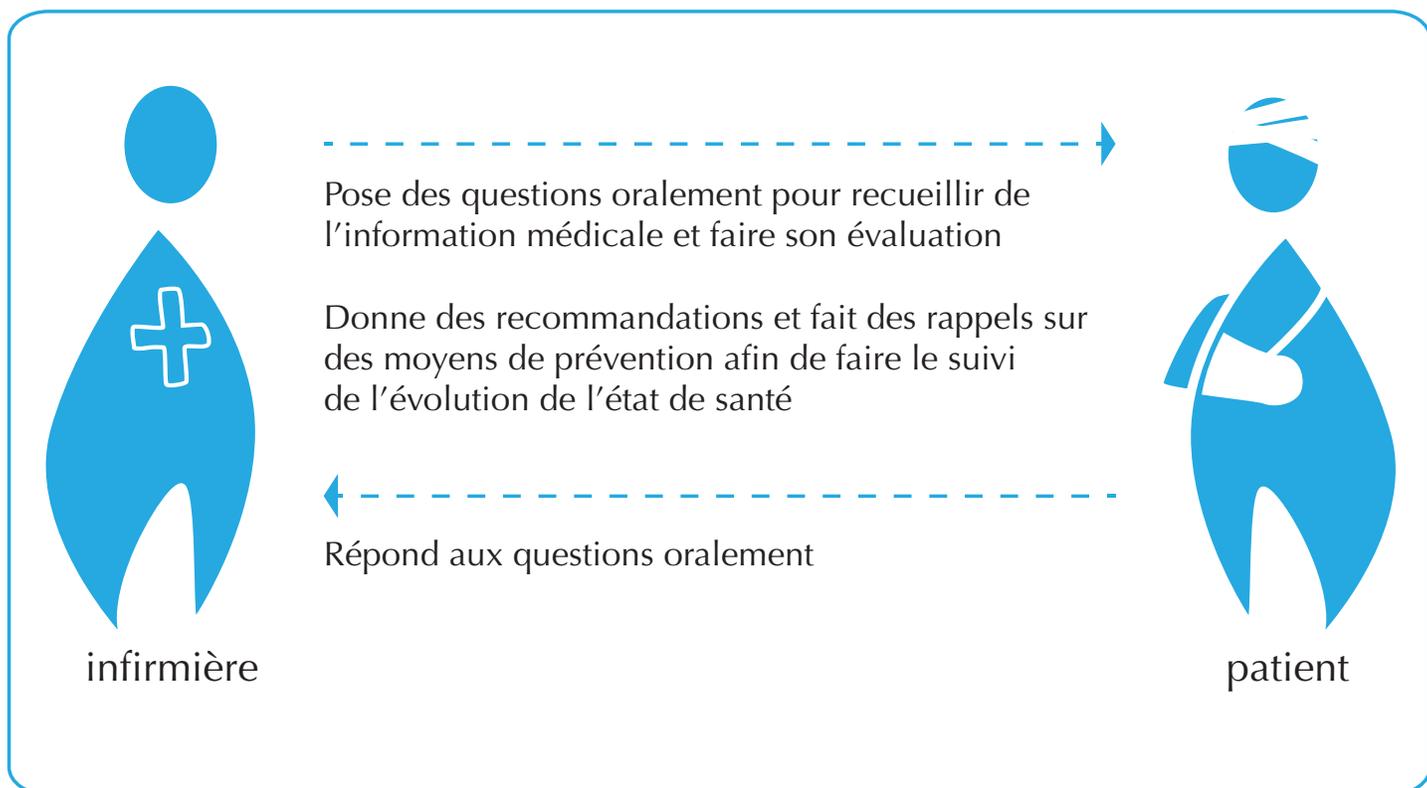


Figure 4. Dynamique de communication entre l'infirmière et le bénéficiaire

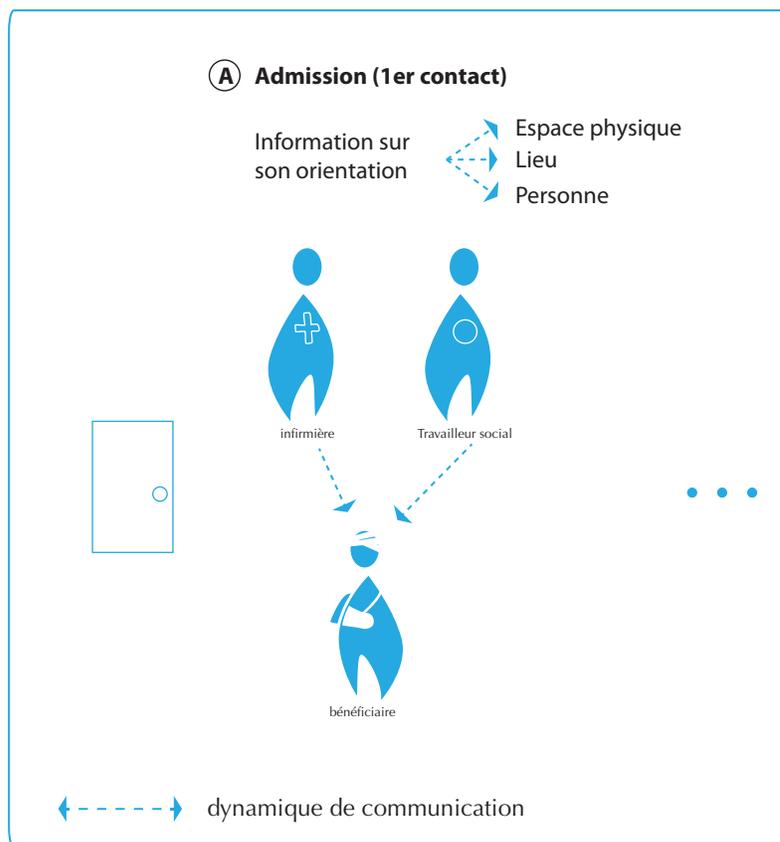


Figure 5. Information véhiculée lors de l'admission

C. Le message - contenu informatif et plan psychosocial

Les infirmières doivent recueillir des informations très précises pour pouvoir réaliser l'évaluation médicale de leur patient : malaises, maux, signes pathologiques visibles, invisibles, etc.

De plus, elles doivent recueillir l'information dont les patients ne se souviennent plus. Lorsqu'une personne est atteinte de démence, elle oublie certains symptômes et omet de donner des informations importantes concernant son état de santé à l'infirmière.

Les infirmières doivent également faire de l'éducation auprès de leur patient. Mais la tâche n'est pas toujours facile. La mémoire des personnes âgées est parfois déficiente et certaines ne les comprennent pas.

Finalement, les infirmières ont comme rôle de donner des recommandations et de faire des rappels.

D. Le code et le canal de communication

La communication se fait en grande partie oralement, en français ou en anglais. Les infirmières posent des questions en espérant recevoir des réponses. Elles n'ont pas d'outils visuels à leur disposition. Dans certains cas, elles doivent faire preuve

d'imagination et de créativité pour réussir à obtenir leur information.

E. Le scénario d'usage

À l'admission, deux professionnels interviennent auprès du patient : l'infirmière et le travailleur social. Ils cherchent à savoir s'il est orienté ou pas en termes d'espace, de lieu et vis-à-vis de sa personne.

Les intervenants posent ainsi une série de questions pour connaître le niveau d'autonomie du patient en ce qui a trait à ses finances et sa santé mentale.

Pour ce qui est de l'état médical, les intervenants posent parfois des questions même s'ils ont en possession le dossier médical du patient. Ils veulent faire un premier contact et connaître son niveau d'autonomie et de connaissances quant à son propre état.

À chaque visite médicale quotidienne, les infirmières doivent évaluer l'état de santé de leur patient. Elles posent donc des questions sur ses besoins de base : a-t-il faim, soif, ressent-il des inconforts ou des maux? Il s'agit d'un premier aperçu sur le bien-être du client. Elles vont ensuite investiguer plus en profondeur sur les causes des inconforts.

Plusieurs des questions pouvant leur apporter l'information nécessaire pour cette évaluation sont plus difficiles à formuler et moins bien comprises,

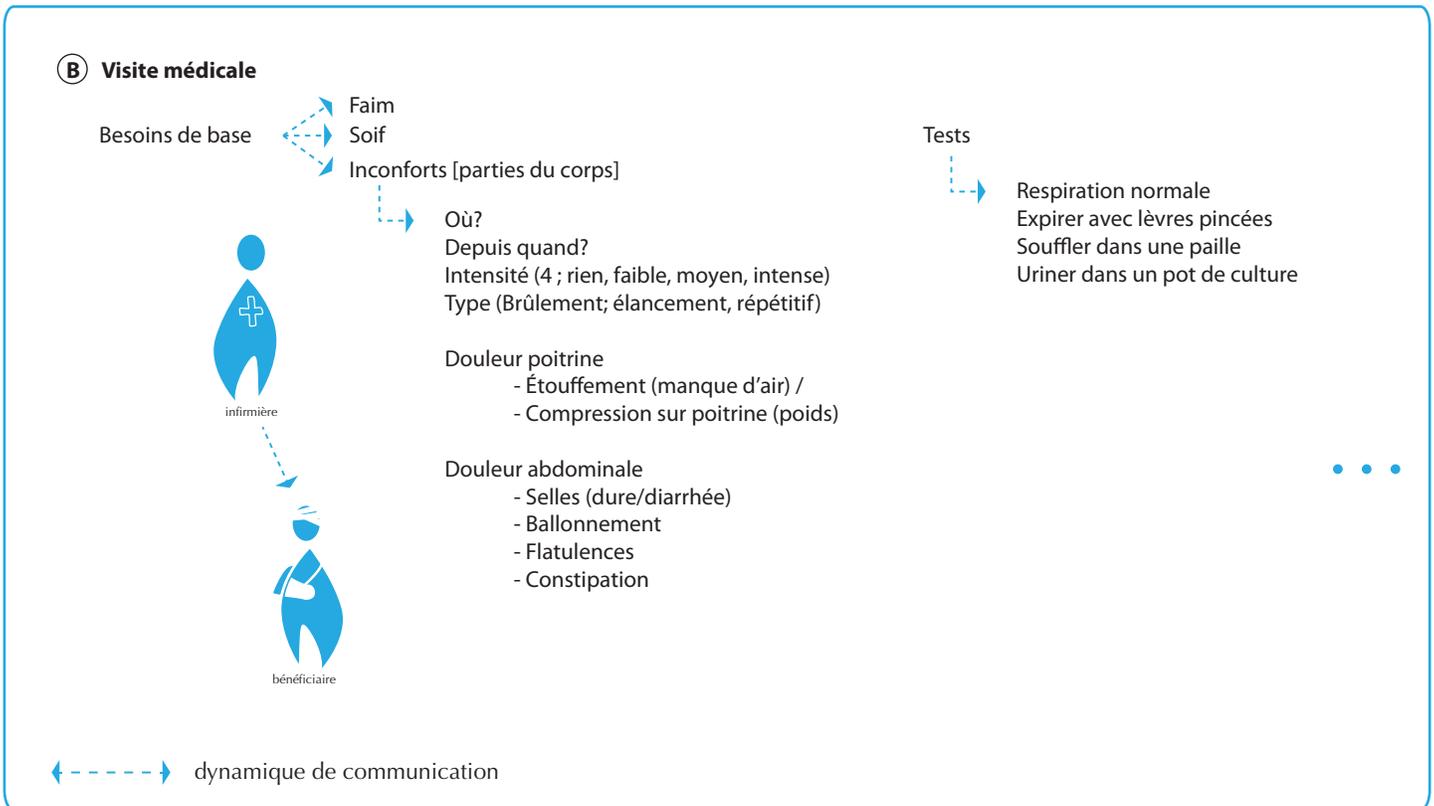


Figure 6. Information véhiculée lors de la visite médicale.

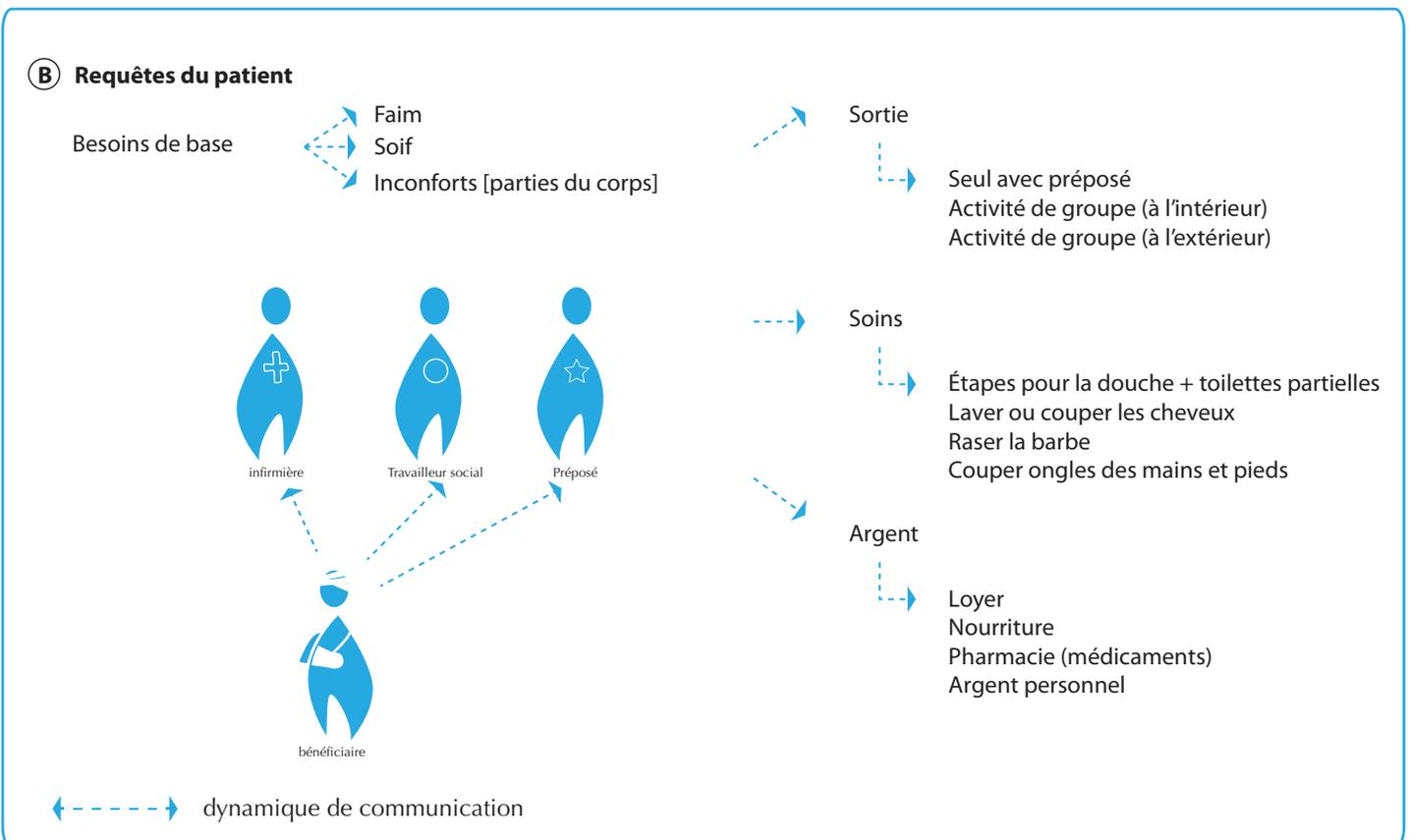


Figure 7. Information véhiculée lors d'une demande du patient

surtout par les patients allophones. Ces questions concernent la durée, la fréquence, l'intensité et la qualité de ces inconforts.

Décrire le type de douleurs représente également un grand défi pour les patients. Il n'est pas évident de savoir s'il s'agit d'une douleur qui est ressentie comme un brûlement, un élancement ou comme une pression répétitive.

Les intervenants ont identifié deux types d'inconforts récurrents: celui au niveau de la poitrine ainsi que les douleurs abdominales dues à la constipation ou à la diarrhée.

Dans le cas de certaines évaluations, les infirmières doivent également faire passer certains tests aux patients. Elles doivent ainsi leur expliquer ce qu'ils doivent faire, ce qui n'est pas toujours facile. Dans la plupart des cas, elles tentent de mimer le geste approprié. Les tests les plus fréquents sont celui de la respiration – expirer les lèvres pincées ou souffler dans une paille – et le test d'urine pour diagnostiquer une infection urinaire.

Le patient vit également des difficultés lorsqu'il doit s'exprimer aux intervenants, que ce soit à l'infirmière, au travailleur social ou au préposé. Il a ses propres préoccupations et s'agite lorsque ses besoins ne sont pas comblés. Les intervenants ont identifié six inquiétudes les plus courantes pour le patient: la faim, la soif, les inconforts, les soins hygiéniques, les sorties et l'argent.

V. L'OUTIL

Sur la base des résultats obtenus lors des deux premiers ateliers participatifs, un outil illustré a été développé. Plusieurs copies de cartons plastifiés ont circulé à travers les étages de la Ressource de la Montagne. L'outil présente quatre volets: les besoins de base, les malaises et douleurs, les soins personnels (hygiène) et l'explication budgétaire.

Les besoins de base:

1. La soif, la faim et la douleur.

2. Les malaises et les douleurs:

- La partie du corps atteinte par le malaise ou la douleur : tête, gorge, poitrine, ventre, sexe, bras ou jambe ou dos ou le visage: yeux, oreille, nez, bouche, dent.
- La sensation de douleur: une brûlure, un poignard ou un martèlement.
- L'intensité de la douleur : un peu, beaucoup, intensément.
- Problèmes digestifs: diarrhée, constipation, ballonnement, flatulences.

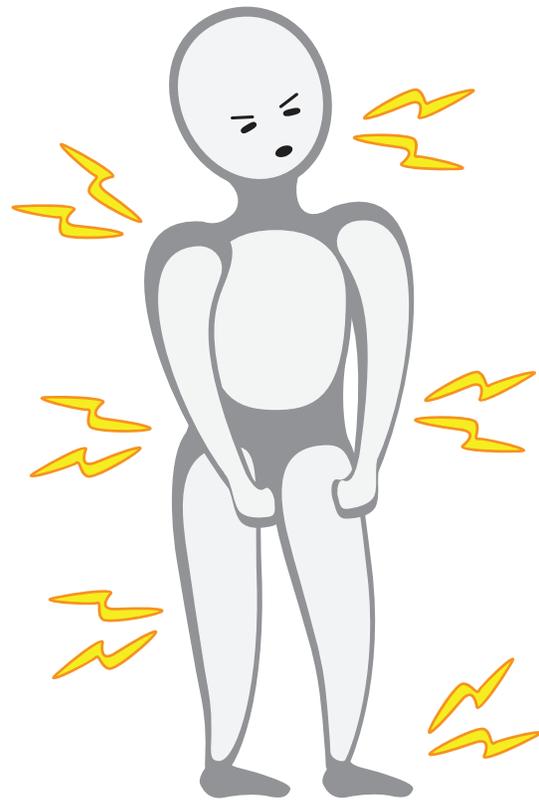
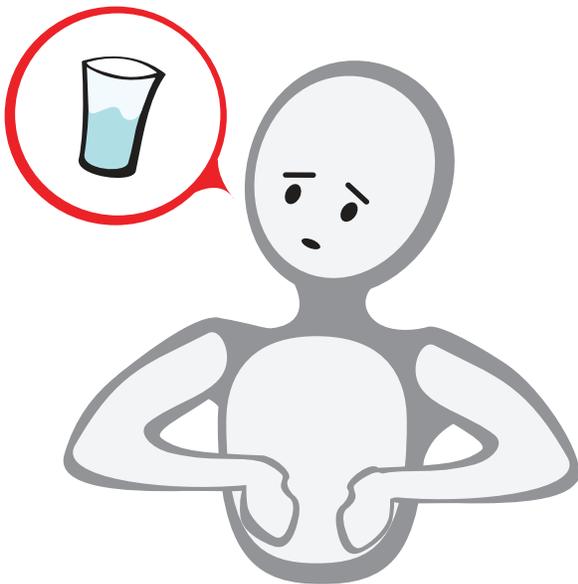
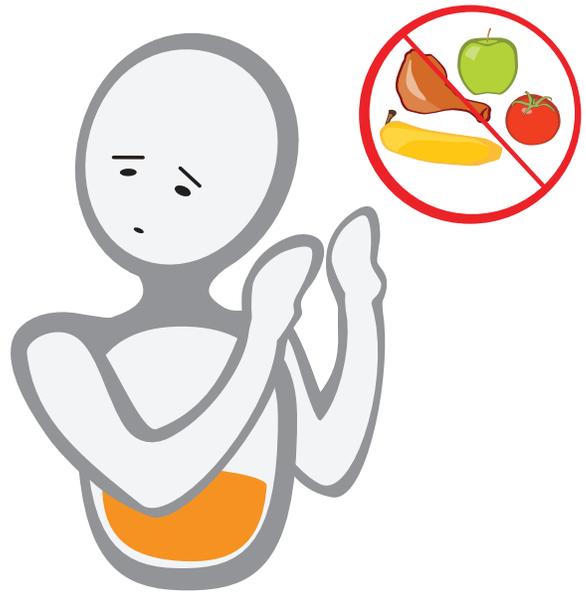
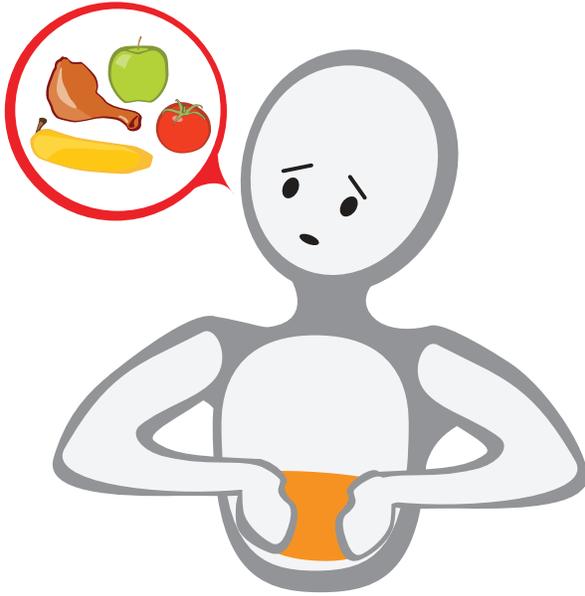
3. L'hygiène:

- Les étapes pour prendre une douche.
- Les soins personnels: shampoing, rasage, coiffure, coupe des ongles.

4. Explication du budget (pour les travailleurs sociaux):

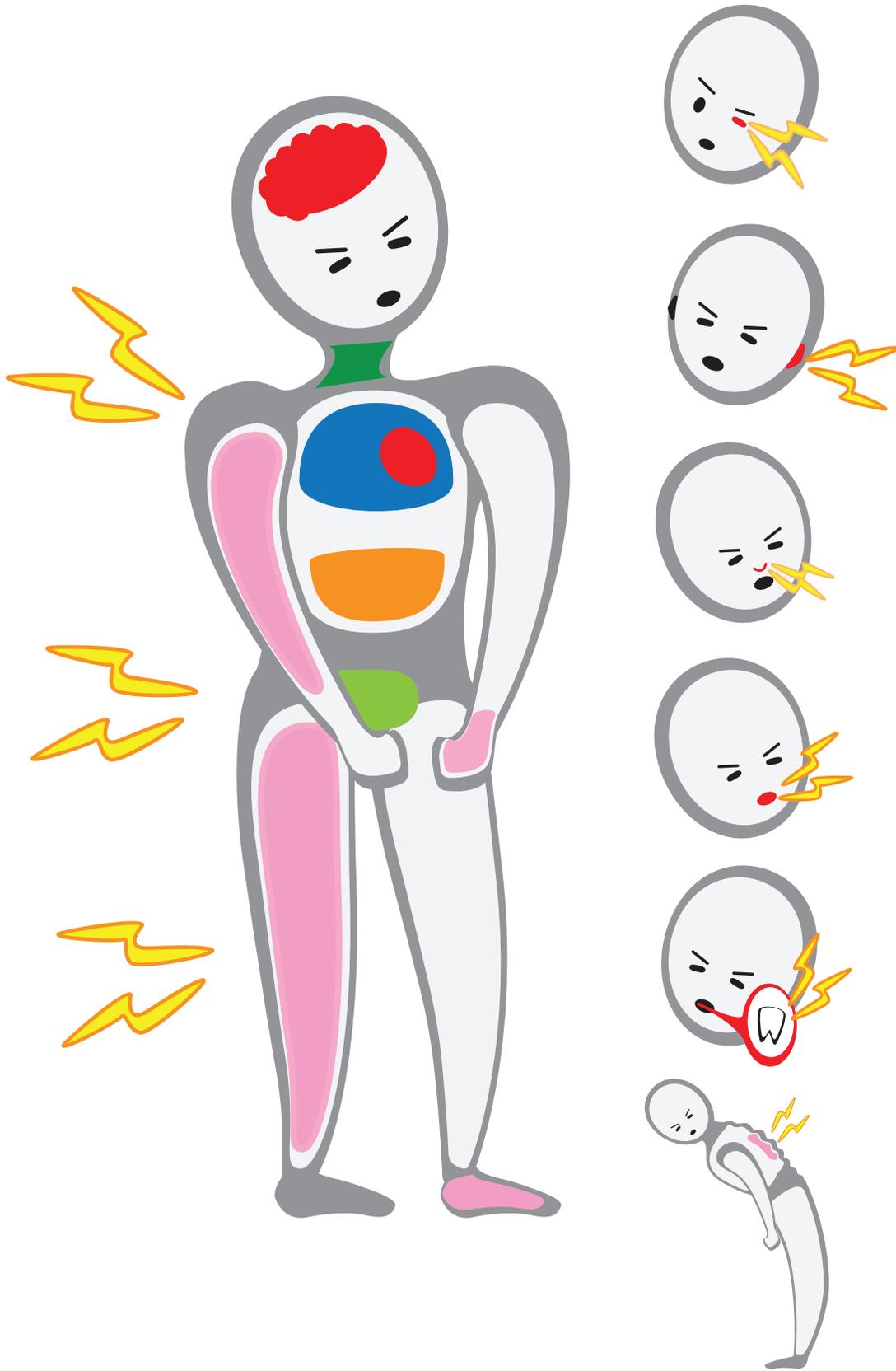
- Pour l'hébergement, la nourriture et les médicaments.

La soif, la faim et la douleur



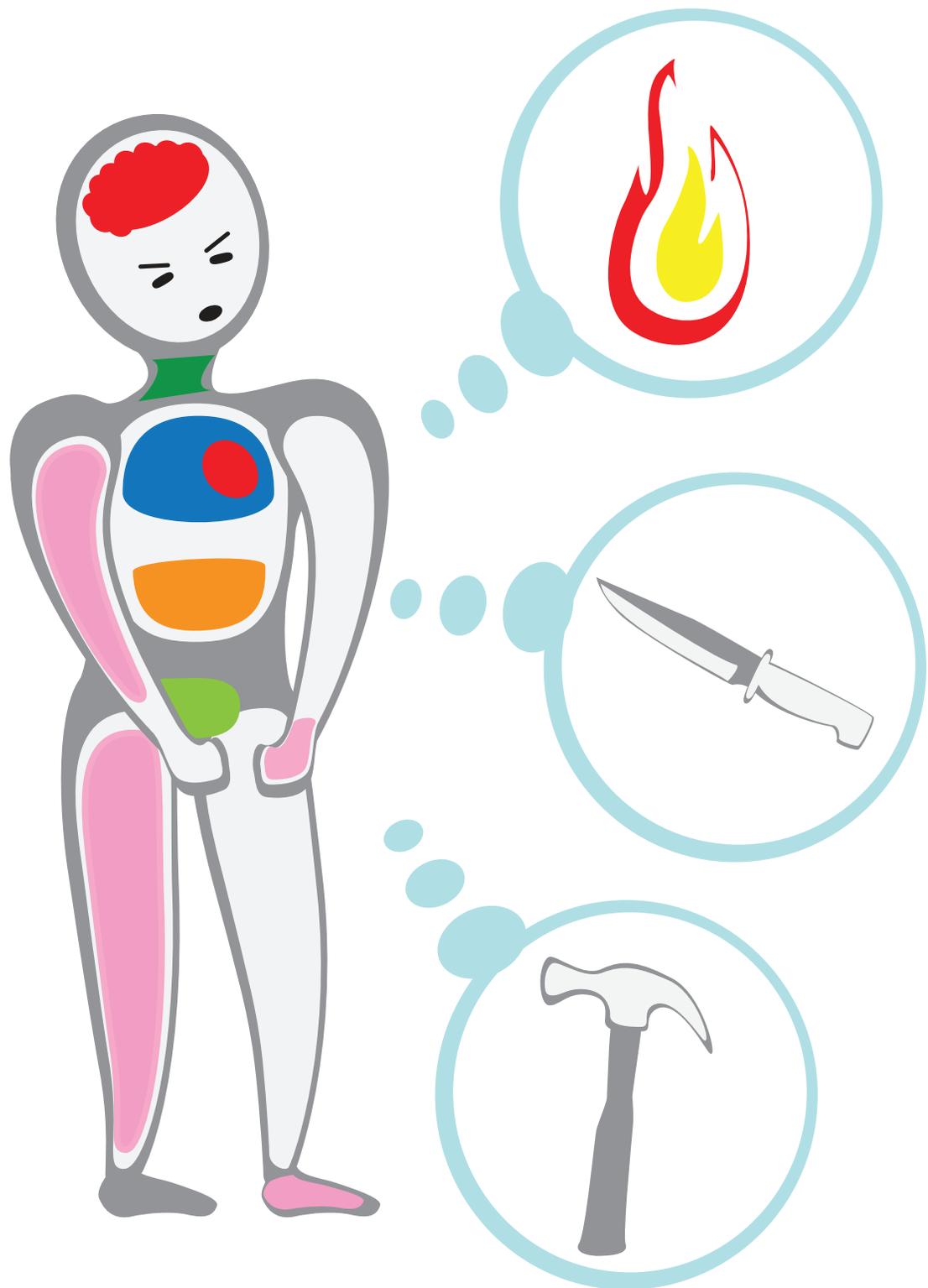
Visuels : faim ; pas faim
soif ; douleurs voire malaises.
© LingvoPicto_CSSS de la Montagne

Les malaises et les douleurs : parties du corps



Visuels : douleurs à une partie du corps en particulier
Douleur aux yeux; douleur à l'oreille ; douleur au nez ; douleur à la bouche, douleur aux dents ; douleur au dos.
© LingvoPicto_CSSS de la Montagne

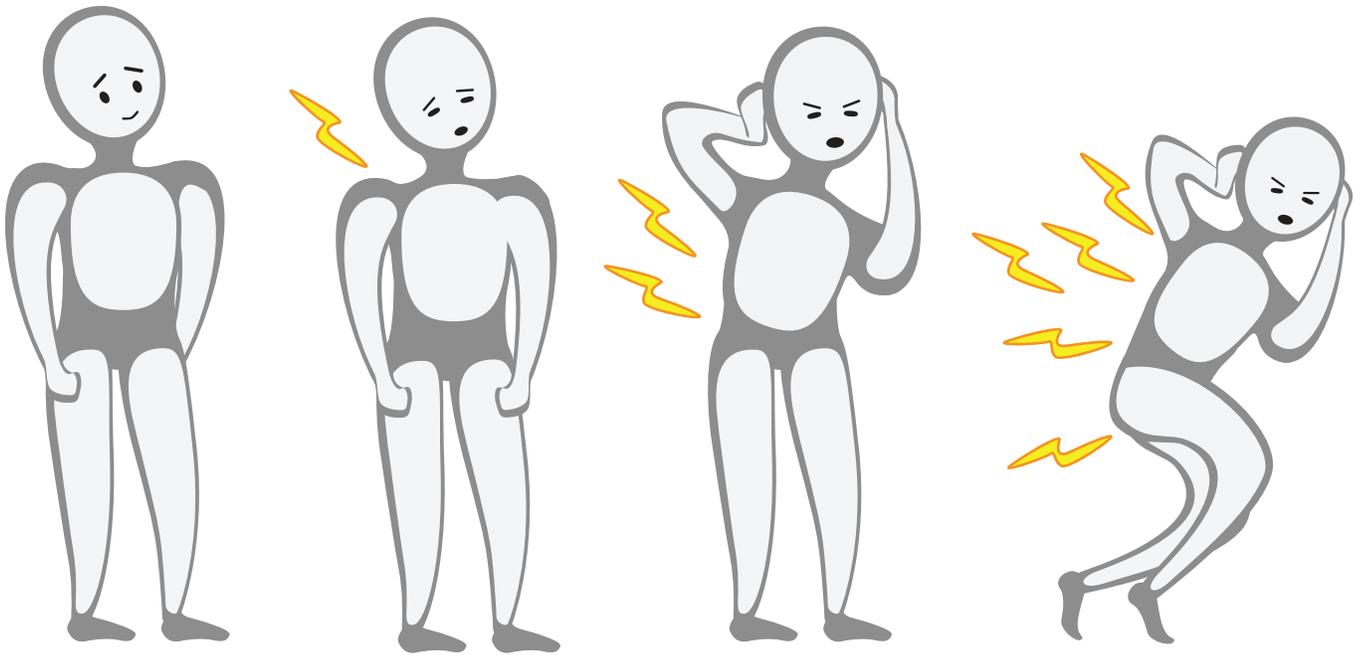
Les malaises et les douleurs : la sensation de la douleur



Visuels : douleur

Sensation de brûlure ; sensation de poignard ; sensation de martellement.
© LingvoPicto_CSSS de la Montagne

Les malaises et les douleurs : l'intensité de la douleur



Visuels : degrés de douleur
(1) normal ; (2) petite douleur ; (3) forte douleur ; (4) douleur intense.
© LingvoPicto_CSSS de la Montagne

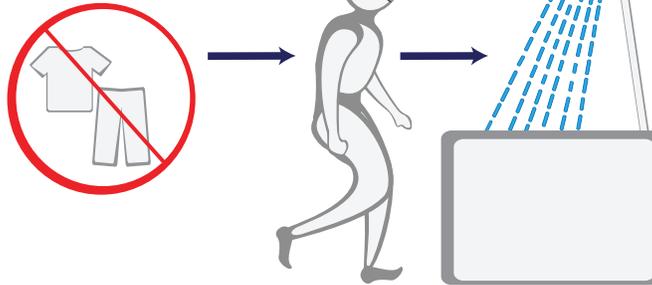
Les malaises et les douleurs : problèmes digestifs



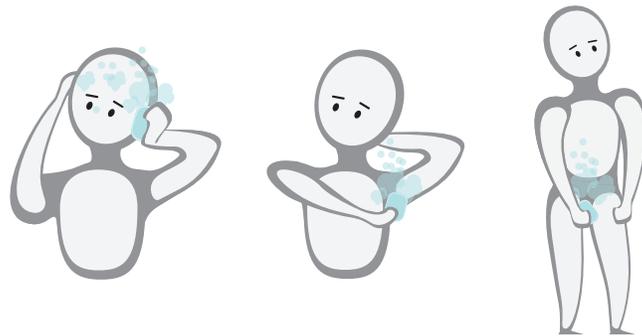
Visuels : problèmes digestifs
Selle normale ; diarrhée ;
constipation ; ballonnement ; flatulences.
© LingvoPicto_CSSS de la Montagne

L'hygiène : les étapes pour prendre une douche

1



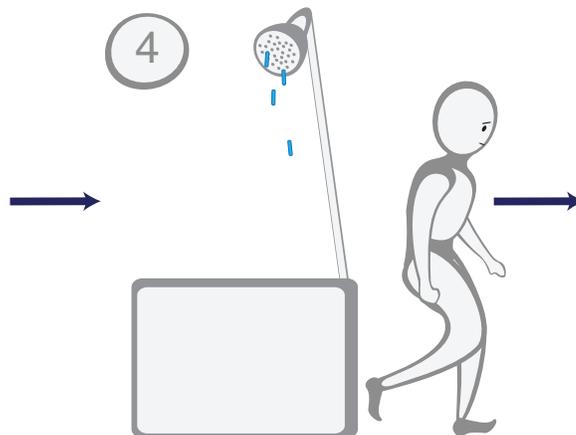
2



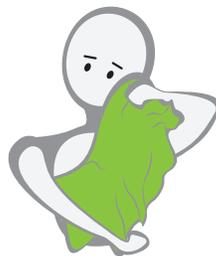
3



4



5



6



Visuels : étapes pour prendre sa douche
(1) Se dévêtir et aller sous la douche; (2) se savonner la tête, les aisselles et les parties génitales;
(3) se rincer; (4) sortir de la douche; (5) s'essuyer; (6) se vêtir.

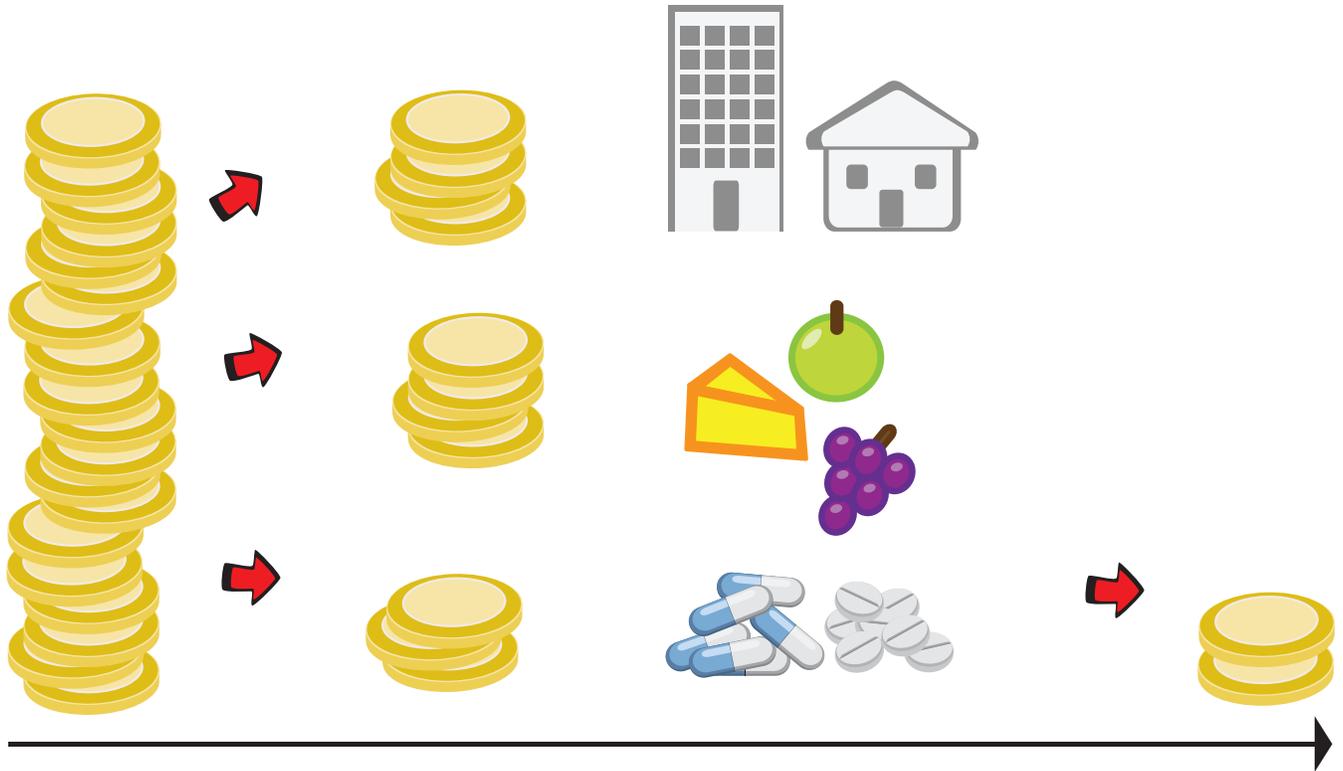
© LingvoPicto_CSSS de la Montagne

L'hygiène : les soins personnels



Visuels : hygiène de base.
Shampooing; rasage; laver les cheveux; coiffure; couper les ongles de la main et du pied.
© LingvoPicto_CSSS de la Montagne

Explication du budget



Visuels : distribution de leurs avoirs financiers.
Pour l'hébergement ; pour la nourriture ; pour les médicaments.
© LingvoPicto_CSSS de la Montagne

VI. CONCLUSION

Les résultats de cette recherche en tant que première phase permettent de poser les fondements d'une recherche plus approfondie à long terme. En se penchant principalement sur la dynamique communicationnelle, spécifiquement sur l'intervention et l'échange d'information, il est possible de noter que certains caractères du phénomène relationnel sont privilégiés tandis que d'autres sont mis de côté. La relation entre les intervenants et les bénéficiaires ont été décortiqués en l'absence d'un outil de communication visuelle. Malheureusement, en raison d'un roulement important de personnel, il a été difficile de faire un exercice similaire en présence d'un tel outil, afin d'en évaluer l'efficacité. Une deuxième phase au projet serait donc nécessaire. Dans ce cas-ci, il serait intéressant de nommer des intervenants « ambassadeurs » de l'outil et de leur faire remplir des fiches d'utilisation chaque fois qu'ils en font usage. Cela permettrait un meilleur suivi et une évaluation plus claire du potentiel d'un tel outil.

VII. RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (2011). Littératie en Santé, Gouvernement du Canada, [en ligne : 15nov.2011], visité le 31 janvier 2014, adresse URL : <http://www.phac-aspc.gc.ca/>
- Alvarez, J. (2014). « Visual thinking. A step toward multicultural health care », Argentine : Archivos Argentinos de Pediatría, vol.112(1), p.33-40.
- Boudon, R. (1973) Les méthodes en sociologie, coll. Que sais-je, Paris : PUF, p. 86-123.
- Bourbonnais, A. (2009). Les sens des cris de personnes âgées vivant avec une démence au centre d'hébergement et de soins de longue durée, Thèse en Soins Infirmiers présentée à l'Université de Montréal, [en ligne, avril 2009], visité le 31 janvier 2014, adresse URL : https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/3222/Bourbonnais_Anne_2009_these.pdf?sequence=1
- Bowen, S. (2001). « Les barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé », Santé Canada, Canada : Gouvernement du Canada, 141 p.
- Bussière, Y. et al. (2006). Atlas du vieillissement et des déséquilibres démographiques régionaux au Québec 2001-2021-2041, INRS – Urbanisation, Culture et Société, 31p.
- Carrasquillo, O. et J. ORAV. (1999). « Impact of language barriers on patient satisfaction in a Emergency room », Journal of General Internal Medicine, vol.14, p.82-87.
- Darke, J. « The primary generator and the Design process », in CROSS, N. (1984) Developments in Design Methodology, New-York : John Wiley & sons, p. 175-188.
- De Plaen, S. (Directeur), (2004). Soins aux enfants et pluralisme culturel, Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine (Collection Intervenir).
- Ferguson, W.J. et L.M. Candib. (2002). « Culture, language and the doctor-patient relationship », Family Medicine, vol.34 (no.5), p. 353-361.
- Geoffrion, P. (2009). « Le groupe de discussion », Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données, Gauthier B. (éd), Québec : Presses de l'Université du Québec, p. 391-414.
- Jacobson, R. (1960). « Closing statements : Linguistics and Poetics », Style in language, New-York : T.A. Sebeok.
- Karliner, L.S. et E.L. Perez-Stable (2004). « The language divide : the importance of training in the use of interpreters for outpatient practice », Journal of General Internal Medicine, vol.19, p. 175-183.
- Laperrière, A. (2009). « L'observation directe », Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données, Gauthier B. (éd), Québec : Presses de l'Université du Québec, p. 311-336.
- Little, P. et al. (2001). « Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations », British Medical Journal, no.323, p. 908-911.
- MICC. Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (2014). La région de Montréal en bref, Gouvernement du Québec, [en ligne : 31janv.2014], adresse URL : <http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca>
- Miller A.R, Brown J.M, et C.D. Cullen (2000). Global graphics: symbols, Massachusetts: Rockport publishers. 191p.
- uchielli, A. (2002). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales, Paris : Armand Colin, p. 148 - 149.
- Pedinielli, J.L. et L. Fernandez (2005). L'observation clinique et l'étude de cas, Provence : Armand Colin, 127 p.
- Portail Santé Montréal (2013). Ressources d'hébergement, Gouvernement du Québec, [en ligne : 31janv.2014], adresse URL : <http://www.santemontrreal.qc.ca/>

Sharken S. J. (1999). How to conduct a focus group, Los Angeles : The Grantsmanship Center Magazine, n° 9.

Simard, G. (1989). Animer, planifier et évaluer l'action. La méthode du « Focus group », Laval : Mondia, p.10.

Squires, A. (2008). « Language barriers and qualitative nursing research : methodological considerations », International nursing review, vol.55, p. 265-273

Steward, M. (1995). Patient-centered medicine : transforming the clinical method, Thousand Oaks, Calif : Sage Publications.

Van Der Maren, J.-M. (1995). Méthodes de recherche pour l'éducation, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, p. 80-84.

