



Santé
Canada Health
Canada

*Votre santé et votre
sécurité... notre priorité.*

*Your health and
safety... our priority.*

**Évaluation de la validité des preuves
présentées dans l'étude intitulée "*Language
Barriers in Health Care Settings: An
Annotated Bibliography of the Research
Literature*"**



Canada 

**Évaluation de la validité des preuves
présentées dans l'étude intitulée
"Language Barriers in Health Care
Settings: An Annotated Bibliography of
the Research Literature"**

Rapport de Recherche préparé par
BACLO - Bureau d'Appui aux Communautés de Langue Officielle

Janvier 2008

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2009

Cat. : H14-46/2008F

ISBN : 978-1-100-90304-0

Table des matières

1	Introduction	
1.1	The California Endowment – <i>Language Barriers in Health Care Settings: An Annotated Bibliography of the Research Literature</i>	p. 6
1.2	Notre méthode d'examen de la validité des preuves qui se dégagent des conclusions des études contenues dans <i>Language Barriers in Health Care Settings</i>	p. 6
2	Validité des preuves qui se dégagent des conclusions des études contenues dans <i>Language Barriers in Health Care Settings</i> par domaine du secteur de la santé	
2.1	Examens préventifs	p. 15
2.2	Soins d'urgence et hospitaliers	p. 18
2.3	Soins pédiatriques	p. 22
2.4	Soins en clinique	p. 26
2.5	Soins des maladies chroniques	p. 30
2.6	Santé mentale	p. 35
2.7	Études diverses	p. 38
3	Analyse des résultats de notre évaluation	p. 42
3.1	Répartition de la validité des preuves pour tous les domaines du secteur de la santé	p. 44
3.2	Analyse des conclusions touchant le domaine des soins d'urgence et hospitaliers	p. 44
3.3	Analyse des conclusions touchant le domaine de la santé mentale	p. 44
3.4	Analyse des conclusions touchant les autres études	p. 45
3.5	Système universel et système « utilisateur-payeur »	p. 45
3.6	Analyse sommaire	p. 46

Annexe 1 Études connexes commandées par le California Endowment	p. 47
Annexe 2 Références	p. 48

1. Introduction

1.1 The California Endowment – *Language Barriers in Health Care Settings*:

An Annotated Bibliography of the Research Literature

Commandée par l'organisme California Endowment, cette bibliographie annotée publiée en 2003 donne un aperçu des conclusions tirées de 135 études récentes sur l'importance, le rôle et les effets des barrières linguistiques dans le secteur des soins de santé.

Les études ont été sélectionnées selon les trois critères suivants : 1) les résultats de l'étude devaient avoir été publiés dans une revue évaluée par des pairs; 2) un des principaux aspects ou résultats de l'étude concernait spécifiquement les barrières linguistiques; 3) l'étude devait s'appuyer sur de nouvelles recherches. Ces études sont multidisciplinaires, contiennent des données quantitatives et qualitatives, ont une portée internationale et portent sur divers groupes linguistiques.

Pour chaque étude, une *annotation* donne des renseignements sur les sujets examinés (p. ex. traitement de l'asthme), le milieu de soins de santé où l'étude a été effectuée (p. ex. médecine d'urgence), les langues étudiées (p. ex. espagnol), l'emplacement géographique (p. ex. Californie) et la validité de l'étude (p. ex. considérations d'ordre méthodologique). Un *résumé d'une seule phrase* présente le fonds du raisonnement des conclusions de chaque étude.

Dans l'ensemble, la bibliographie annotée de California Endowment fournit une base empirique en vue des discussions au sujet du besoin en services d'accès linguistique et de leur incidence dans la prestation des soins de santé.

1.2 Notre méthode d'examen de la validité des preuves qui se dégagent des conclusions des études contenues dans *Language Barriers in Health Care Settings*

Parmi les 135 études contenues dans cette bibliographie annotée, 82 sont axées spécifiquement sur les effets des barrières linguistiques sur les soins de santé. Les 53 autres études ne traitent que de la façon de surmonter les barrières linguistiques grâce, par exemple, à des services d'interprétation ou à de la formation linguistique à l'intention des médecins. Comme ces secondes études ne font que présumer, mais sans le démontrer, que les barrières

linguistiques ont un effet négatif sur la prestation de services de santé, notre évaluation ne concerne que les 82 premières études. Néanmoins, certaines études comprenant des renseignements tant sur les barrières linguistiques que sur les services d'interprétation sont incluses dans notre évaluation afin de bénéficier de l'éclairage qu'elles fournissent sur les effets des barrières linguistiques.

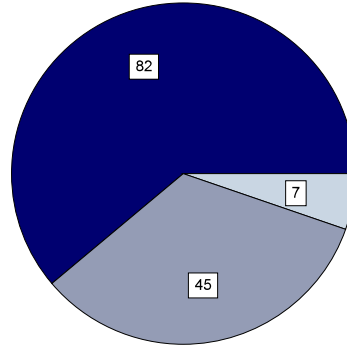
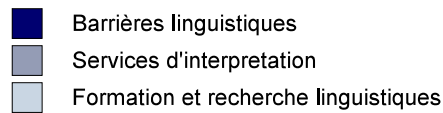


Diagramme 1 :
Répartition des études de
la bibliographie annotée,
par sujet



Le tableau suivant montre la répartition géographique des études visées par la bibliographie annotée et notre sommaire.

Tableau 1 : Répartition géographique des études visées par la bibliographie annotée de California Endowment et par notre analyse sommaire

Lieu de l'étude	Nombre d'études visées par la bibliographie annotée	Nombre d'études visées par notre sommaire
États-Unis	85	60
Royaume-Uni	20	10
Australie	16	9
Canada	4	1
Afrique du Sud	3	1
Thaïlande	1	1
Autres pays	6	0
Total	135	82

Au total, 60 des 82 études examinées (73 % des études faisant l'objet de notre évaluation) ont été effectuées aux États-Unis. Il est important d'en tenir compte, car le Canada est doté d'un système

universel de soins de santé, ce qui signifie que tous les citoyens canadiens bénéficient d'une assurance-santé qui leur fournit les soins nécessaires, selon leurs besoins médicaux plutôt que selon leur capacité de payer, contrairement aux États-Unis. C'est un aspect important, car plusieurs études américaines montrent que la pauvreté et l'absence d'un régime d'assurance sont des obstacles plus importants à l'accès à des soins de santé appropriés que les barrières linguistiques. Or, ces facteurs ne sont pas censés jouer un rôle important dans le contexte canadien.

À partir des conclusions de California Endowment se reflétant dans les annotations et le résumé des 82 études dont il est question dans le présent document, nous examinons la validité des preuves démontrant que les locuteurs d'une langue minoritaire tirent moins d'avantages des services de santé existants que les locuteurs d'une langue majoritaire.

Nous avons subdivisé notre évaluation en sept domaines du secteur de la santé afin d'évaluer l'effet différentiel relatif des barrières linguistiques dans les différents domaines du secteur de la santé du spectre des services de santé.

Tableau 2 : Répartition des 82 études sur les barrières linguistiques,
selon le domaine du secteur de la santé

Domaine du secteur de la santé	Nombre d'études
Examens préventifs – dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein, principalement	12
Soins d'urgence et hospitaliers	23
Soins pédiatriques	6

Soins en clinique – pratiques privées, par exemple services en clinique et médecins de famille	15
Soins des maladies chroniques – asthme, diabète, cancer, hypertension et VIH-sida	10
Santé mentale – psychiatrie et ergothérapie	6
Études diverses – accès et recours aux services de santé et aux services sociaux, préférence pour la médecine traditionnelle par rapport à la médecine occidentale et assurance médicale	10
Nombre total d'études	82

Pour chaque domaine du secteur de la santé, la validité des preuves concernant les bénéfices tirés des services de santé par les groupes linguistiques minoritaire et majoritaire est classée de la manière suivante : i) preuve « *tangible* », ii) preuve « *possible* » et iii) preuve « *non concluante ou absente* ».

Tableau 3 : Classement des preuves selon leur validité

Validité de la preuve	Description
Preuve tangible	<p>Les conclusions de l'étude montrent une différence <i>claire</i> entre les bénéfices tirés des soins de santé par les groupes linguistiques minoritaire et majoritaire due au fait que le groupe minoritaire est confronté à des barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé.</p> <p>Par exemple, l'étude 136, réalisée en Ontario, indique ce qui suit : « les barrières linguistiques ont un effet négatif sur l'accès aux services de santé préventifs. »</p>

Preuve possible	<p>Les conclusions de l'étude indiquent une différence <i>possible</i> entre les bénéfices tirés des services de santé par les groupes linguistiques minoritaire et majoritaire parce que le groupe linguistique minoritaire est confronté à des barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé.</p> <p>Par exemple, l'étude 16, menée au Royaume-Uni, indique ce qui suit : « Même si elles parlent anglais, les personnes dont ce n'est pas la langue maternelle peuvent avoir de la difficulté à comprendre certains termes médicaux courants. »</p>
------------------------	---

<p>Preuve non concluante ou absente</p>	<p>Les résultats de l'étude indiquent que les locuteurs des langues minoritaire et majoritaire tirent des bénéfices similaires des services de santé existants ou que les barrières linguistiques ne sont pas la principale cause des différences quant aux bénéfices tirés des services de santé par chaque groupe.</p> <p>Par exemple, l'étude 124, effectuée aux États-Unis, indique ce qui suit : « La relation entre les aptitudes linguistiques limitées en anglais et la faible proportion de locuteurs espagnols ayant subi un test de dépistage du cancer peut être principalement la cause de l'absence de protection d'un régime d'assurance, et non des barrières de communication. »</p>
--	--

N.B . La description des conclusions présentées dans la bibliographie annotée de California Endowment est parfois déroutante. Les *annotations* des études indiquent souvent une preuve solide montrant que le fait de parler une langue minoritaire a pour effet que la population linguistique minoritaire tire moins de bénéfices des services de santé que la population linguistique majoritaire. Toutefois, dans plusieurs cas, les *notes d'information sommaires* de ces études semblent minimiser les preuves présentées dans les annotations.

Afin de faire état de toutes la gamme des preuves présentées dans la bibliographie annotée, notre évaluation des conclusions par domaine du secteur de la santé est présentée en deux parties. Nos diagrammes et tableaux sont fondés sur la *note d'information sommaire* de California Endowment. Les descriptions qui suivent sont fondées sur les *annotations* de California Endowment.

À des fins de consultation, les notes de bas de page sont rédigées dans le format suivant :

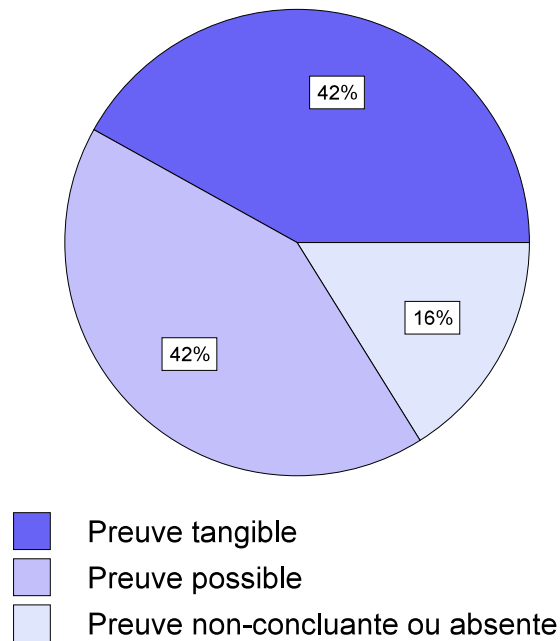
Titre de l'article original, dont la notice bibliographique de California Endowment est conforme aux normes de l'AMA, numéro attribué à l'étude dans la bibliographie de California Endowment, page de l'annotation dans la bibliographie de California Endowment.

Il est à noter que, pour rédiger le présent rapport, nous n'avons consulté que *Language Barriers in Health Care Settings*, de California Endowment, et non les articles originaux.

2. Validité des preuves qui se dégagent des conclusions des études contenues dans *Language Barriers in Health Care Settings* par domaine du secteur de la santé

2.1 Examens préventifs

Diagramme 2 : Répartition de la validité des preuves montrant que les locuteurs d'une langue minoritaire tirent moins de bénéfices des services d'examen préventif que les locuteurs d'une langue majoritaire en raison des barrières linguistiques



2.1 Examens préventifs (suite)

Tableau 4 : Répartition détaillée de la validité des preuves montrant que les locuteurs d'une langue minoritaire tirent moins d'avantages des services d'examen préventif que les locuteurs d'une langue majoritaire en raison des barrières linguistiques

Nombre d'études	Validité de la preuve	N° de l'étude	Sujet précis de l'étude
5	Preuve tangible	36	Comportements préventifs, y compris les visites chez le médecin et le psychologue, les mammographies et les vaccins antigrippaux
		37	Dépistage du cancer du sein
		89	Comportements préventifs, y compris le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus
		132	Dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus
		136	Dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus
5	Preuve possible	33	Dépistage du cancer du sein
		50	Dépistage du cancer du col de l'utérus
		94	Dépistage du cancer du col de l'utérus
		119	Examens physique, dentaire et de la vue et dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus
		120	Dépistage du cancer du sein
2	Preuve non concluant ou absente	123	Dépistage d'une bactérie causant une infection gastro-intestinale (les locuteurs des langues minoritaire et majoritaire présentent le même taux de recours aux procédures de dépistage)
		124	Dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus (dans de nombreuses analyses de régression, les barrières linguistiques n'avaient pas un effet statistiquement significatif sur les examens préventifs, ce qui n'est pas le cas pour l'absence d'un régime d'assurance)
12 études au total			

2.1 Examens préventifs (suite)

Selon ces 12 études, les locuteurs d'une langue minoritaire sont moins susceptibles de subir des examens préventifs. Ces personnes sont moins susceptibles de connaître les examens préventifs, leurs avantages et leurs effets secondaires que les locuteurs d'une langue majoritaire.

Par exemple, une étude effectuée aux États-Unis a révélé que 50 % des femmes hispanophones n'étaient pas certaines s'il était douloureux de subir une mammographie ou si les rayonnements émis durant cet examen étaient nocifs, tandis que 15 % des femmes anglophones avaient les mêmes préoccupations.¹

Les locuteurs d'une langue minoritaire sont moins susceptibles de discuter des procédures d'examen préventifs, telles que le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, avec des professionnels de la santé. Par conséquent, ils subissent des examens préventifs dans une moins grande proportion que les locuteurs du groupe linguistique majoritaire.

Par exemple, l'étude susmentionnée a aussi révélé que les femmes hispanophones étaient moins susceptibles que celles du groupe majoritaire de déclarer avoir subi une mammographie (13,8 % comparativement à 47,1 % pour les femmes anglophones).²

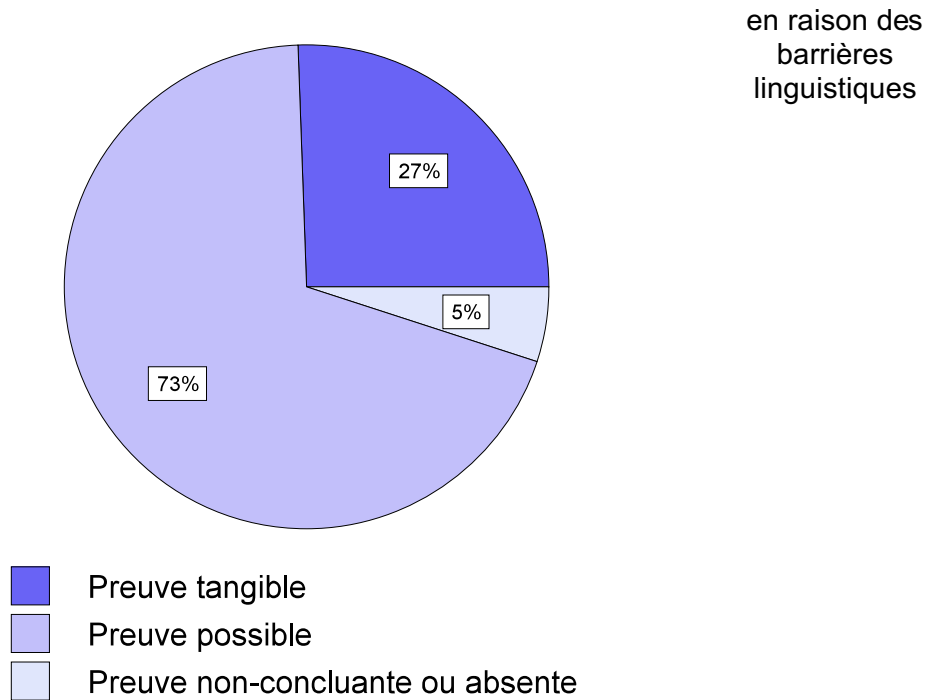
Dans les systèmes de santé non universels, l'absence d'un régime d'assurance peut être un obstacle plus important à l'accès aux examens préventifs que la langue.

¹ J. A. Stein et S. A. Fox. « Language preference as an indicator of mammography use among Hispanic women ». *Journal of the National Cancer Institute*. 1990;82(21):1715-1716. Étude 120, p. 59.

² *Ibid.*

2.2 Soins d'urgence et hospitaliers

Diagramme 3 : Répartition de la validité des preuves montrant que les locuteurs d'une langue minoritaire tirent moins de bénéfices des services d'urgence et hospitaliers que les locuteurs d'une langue majoritaire



2.2 Soins d'urgence et hospitaliers (suite)

Tableau 5 : Répartition détaillée de la validité des preuves montrant que les locuteurs d'une langue minoritaire tirent moins d'avantages des soins d'urgence et hospitaliers que les locuteurs d'une langue majoritaire en raison des barrières linguistiques

Nombre d'études	Validité de la preuve	N° de l'étude	Sujet précis de l'étude
6	Preuve tangible	14	Capacité des professionnels de la santé de communiquer avec les patients et effet des barrières linguistiques sur le niveau de stress au travail de ces professionnels
		96	Capacité des travailleurs migrants d'accéder aux services hospitaliers
		110	Offre d'une visite de suivi au patient par le personnel médical
		115	Compréhension par le patient du diagnostic, du traitement et du taux de complications médicamenteuses
		125	Communication du patient avec les professionnels de la santé au sujet des soins maternels
		129	Qualité des soins maternels – congé maternel précoce après l'accouchement

**Évaluation de la validité des
preuves présentées dans l'étude intitulée
*Language Barriers in Health Care Settings***

		11	Qualité des soins maternels – administration d'analgésiques
		12	Satisfaction des patients à l'égard de leur visite médicale
		16	Compréhension par le patient du diagnostic et du traitement
		17	Compréhension par le patient du diagnostic et du traitement
		20	Qualité des soins maternels – administration d'analgésiques
		21	Qualité des soins au patient – traitement des calculs biliaires
		62	Décision du patient de quitter l'hôpital malgré un avis médical contraire
		75	Taux d'admission des patients à un hôpital et d'administration de tests de diagnostic
15	Preuve possible	85	Satisfaction des patients à l'égard des communications avec les professionnels de la santé
		91	Accès des patients à des services de planification familiale
		100	Satisfaction des patients à l'égard de leur visite médicale
		109	Communication des patients avec leurs professionnels de la santé
		118	Satisfaction des patients à l'égard de leur visite médicale concernant les soins maternels
		128	Qualité des soins au patient – administration d'analgésiques pour des fractures à un os long
		133	Taux de tests de diagnostic
1	Preuve non concluante ou absente	29	Présence des patients aux rendez-vous de suivi (tous les patients avaient accès à un interprète ou à un médecin connaissant leur langue)
22 études au total			

2.2 Soins d'urgence et hospitaliers (suite)

Selon ces 22 études, les barrières linguistiques agissent de nombreuses façons sur les soins d'urgence et hospitaliers. Les adultes confrontés à des barrières linguistiques qui se présentent dans une salle d'urgence sont admis à l'hôpital dans une proportion deux fois plus élevée que les locuteurs d'une langue majoritaire.

Selon les symptômes que ces patients présentent, ils peuvent aussi être plus susceptibles de subir des tests de diagnostic supplémentaires.

Par exemple, les patients non anglophones souffrant de douleurs à l'estomac se présentant dans un hôpital de New York ont subi en moyenne cinq tests de plus que les anglophones se présentant au service d'urgence avec le même problème. Toutefois, les personnes de ces mêmes groupes éprouvant des douleurs à la poitrine ont subi approximativement le même nombre de tests. On pourrait être tenté de croire que cette situation est causée par la nature grave des douleurs à la poitrine et le besoin d'effectuer des tests de diagnostic complets sur tous les patients qui présentent ces symptômes à leur arrivée à l'hôpital.³

Les patients membres d'un groupe linguistique minoritaire comprennent moins bien leur diagnostic et leur traitement. Cette situation peut nuire au processus visant à obtenir le consentement éclairé du patient aux procédures de test et de traitement et peut entraîner un risque accru d'effets secondaires indésirables causés par des médicaments d'ordonnance.

Par exemple, lorsqu'ils ont été interrogés au sujet de leurs médicaments d'ordonnance, seulement 20,2 % des patients non anglophones se présentant à la pharmacie d'un hôpital australien ont été en mesure d'indiquer la dose exacte de leurs médicaments et la fréquence à laquelle ils devaient les prendre.⁴

Chez les femmes enceintes, le fait de parler une langue minoritaire a une incidence sur la date de début et la durée de l'utilisation d'analgésiques durant l'accouchement et est lié à la prise d'un congé maternel précoce de l'hôpital après l'accouchement.

Finalement, le taux de satisfaction global à l'égard des services d'urgence et hospitaliers chez les locuteurs d'une langue minoritaire est inférieur à celui des groupes linguistiques majoritaires.

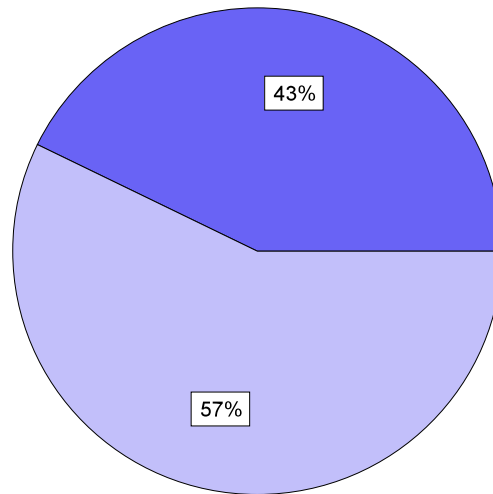
³ M. A. Waxman et A. M. Levitt. « Are diagnostic testing and admission rates higher in non-English-speaking versus English-speaking patients in the emergency department? », *Annals of Emergency Medicine*. 2000;36(5):456-461. Étude 133, p. 65.

⁴ J. Shaw, M. P. Hemming, J. D. Hobson, P. Nieman et N. W. Naismith. « Comprehension of therapy by non-English-speaking hospital patients ». *Medical Journal of Australia*. 1977;2(13):423-327. Étude 15, p. 56.

2.3 Soins pédiatriques

Diagramme 4 : Répartition de la validité des preuves montrant que les locuteurs d'une langue minoritaire tirent moins de bénéfices des services pédiatriques

que les locuteurs
d'une langue
majoritaire en
raison des
barrières
linguistiques



- Preuve tangible
- Preuve possible
- Preuve non-concluante ou absente

2.3 Soins pédiatriques (suite)

Tableau 6 : Répartition détaillée de la validité des preuves montrant que les locuteurs d'une langue minoritaire tirent moins de bénéfices des services pédiatriques que les locuteurs d'une langue majoritaire en raison des barrières linguistiques

Nombre d'études	Validité de la preuve	N° de l'étude	Sujet précis de l'étude
3	Preuve tangible	13	Communication des patients avec les professionnels de la santé et volonté d'obtenir des soins lorsque nécessaire
		38	Choix d'un établissement de soins de santé par le patient, satisfaction à l'égard de la qualité des soins pédiatriques et problèmes liés aux mauvais diagnostics
		134	Satisfaction des patients à l'égard de leurs visites médicales en général
4	Preuve possible	35	Sensibilisation à l'égard des programmes publics d'assurance médicale pour enfants et accès à ceux-ci
		48	Taux d'admission des patients à l'hôpital et de tests de diagnostic
		79	Respect par le patient des recommandations du médecin concernant la prise en charge de l'asthme et conséquences sur les résultats pour la santé
		135	Accès des patients à une source habituelle de soins
7 études au total			

2.3 Soins pédiatriques (suite)

Selon ces sept études, les barrières linguistiques ont un effet négatif important sur les soins pédiatriques. Les enfants confrontés à des barrières linguistiques courent trois fois plus le risque de ne pas avoir une source habituelle de soins que les enfants du groupe linguistique majoritaire.

Les parents confrontés à des barrières linguistiques sont plus susceptibles de se tourner vers les salles d'urgence que vers un médecin de famille pour obtenir de l'aide médicale.

Par exemple, une étude consacrée aux pratiques des parents hispanophones aux États-Unis a montré que, lorsque leurs enfants sont malades, 56 % des parents les emmènent dans un établissement hospitalier, 21 % dans une clinique de santé à proximité, 21 % dans un service d'urgence et seulement 3 % chez un médecin de famille.⁵

Ces parents sont également susceptibles de ne pas chercher à obtenir de l'aide médicale pour leurs enfants lorsque ceux-ci sont malades, en raison de leur incapacité à communiquer avec les professionnels de la santé.

Lorsqu'ils sont traités, les enfants qui viennent d'une famille parlant une langue minoritaire courent davantage le risque de recevoir un mauvais diagnostic et des soins médicaux inadéquats et de devoir payer des frais d'analyses plus élevés.

Par exemple, une étude effectuée aux États-Unis auprès de 203 enfants s'étant présentés dans une clinique de soins pédiatriques latino-américaine a montré que 8 % d'entre eux avaient obtenu des soins médicaux inadéquats, 6 % avaient reçu un diagnostic erroné et 5 % avaient obtenu une ordonnance ou une prescription inappropriée.⁶

Une autre étude, effectuée également aux États-Unis, a révélé que les frais d'analyse pour les enfants non anglophones étaient de 39 % supérieurs à ceux exigés pour les enfants anglophones, même si, dans cette étude, les enfants avaient en moyenne subi le même nombre de tests de diagnostic.⁷

Chez les enfants asthmatiques, les barrières linguistiques peuvent entraîner un risque trois fois plus élevé d'intubation.

⁵ G. Flores, M. Abreu, M. A. Olivar et B. Kastner. « Access barriers to health care for Latino children ». *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*. 1998;152:1119-1125. Étude 38, p. 23.

⁶ *Ibid.*

⁷ L.C. Hampers, S. Cha, D. J. Gutglass, H. J. Binns et S. E. Krug. « Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department ». *Pediatrics*. 1999;103(6):1253-1256. Étude 48, p. 27.

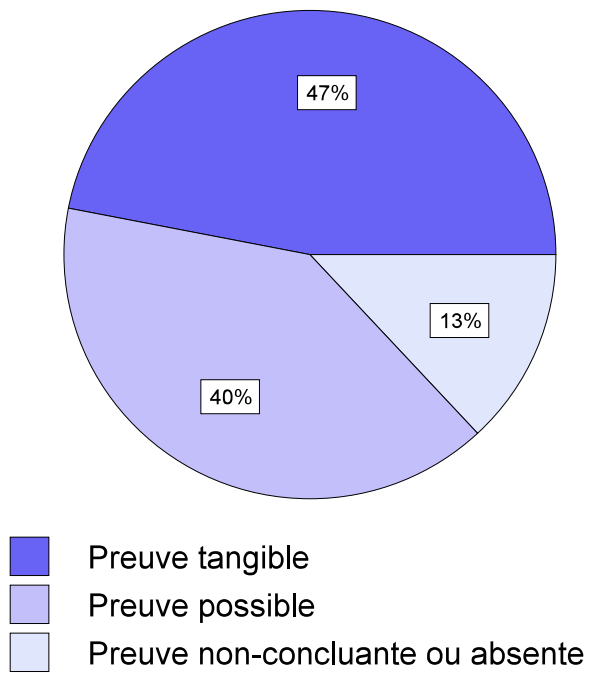
De plus, les parents qui parlent uniquement une langue minoritaire sont moins susceptibles de connaître les programmes d'assurance-maladie auxquels leurs enfants sont admissibles.

2.3 Soins pédiatriques (suite)

Dans l'ensemble, les personnes confrontées à des barrières linguistiques sont beaucoup moins satisfaites des soins pédiatriques qu'elles reçoivent; plusieurs paramètres ont été évalués, notamment la rapidité des soins, la communication avec le fournisseur de soins et l'obligeance du personnel.

2.4 Soins en clinique

Diagramme 5 : Répartition de la validité des preuves montrant que les locuteurs d'une langue minoritaire tirent moins de bénéfices des services en clinique que les locuteurs d'une langue majoritaire en raison des barrières linguistiques



2.4 Soins en clinique (suite)

Tableau 7 : Répartition détaillée de la validité des preuves montrant que les locuteurs d'une langue minoritaire tirent moins de bénéfices des services en clinique que les locuteurs d'une langue majoritaire en raison des barrières linguistiques

Nombre d'études	Validité de la preuve	N° de l'étude	Sujet précis de l'étude
7	Preuve tangible	23	Accès des patientes à des services en clinique pour femmes
		41	Sensibilisation à l'égard des cliniques ouvertes après les heures normales et accès à celles-ci
		58	Accès des patients à une source habituelle de soins et état de santé général des patients
		66	Sensibilisation à l'égard des centres antipoisons et accès à ceux-ci
		93	Satisfaction des patients à l'égard des communications avec les professionnels de la santé
		99	Accès à des services de santé et à une assurance-maladie
		114	Compréhension par les patients des diagnostics et des traitements
6	Preuve possible	19	Satisfaction des patients à l'égard des explications sur les traitements
		30	Communication entre les patients et les professionnels de la santé
		42	Communication entre les patients et les professionnels de la santé
		45	Satisfaction des patients à l'égard des explications sur les traitements et taux de complication médicamenteuse
		69	Taux de tests diagnostiques et fréquence de l'aiguillage vers des spécialistes
		113	Compréhension par les patients des diagnostics et des traitements
2	Preuve non concluante ou absente	111	Accès à des services en clinique en général (le niveau d'acculturation, y compris la langue, n'a pas été mesuré, ce qui peut avoir eu un effet sur les conclusions de l'étude)
		127	Temps passé en entrevue avec un spécialiste de la santé (les conclusions peuvent avoir été faussées, car la clinique étudiée fournissait un interprète professionnel pour chaque rendez-vous, peu importe les besoins du patient)
15 études au total			

2.4 Soins en clinique (suite)

Selon ces 15 études, les locuteurs d'une langue minoritaire ont de la difficulté à tirer les mêmes bénéfices des services en clinique que les locuteurs d'une langue majoritaire. Même si les locuteurs d'une langue minoritaire sont en mesure d'utiliser les services en clinique, ils manquent souvent de connaissances de base sur les centres spécialisés, notamment les centres antipoisons et les cliniques ouvertes après les heures normales, ce qui les empêche de bénéficier de ces services.

Par exemple, même si les mères hispanophones des États-Unis sont au courant des dangers d'empoisonnement, elles ne connaissent souvent pas l'existence des centres antipoisons, ne sont pas au courant des services offerts par ces centres ou craignent que le fait d'emmener leur enfant dans un centre antipoisons les expose à des accusations de négligence parentale.⁸

Lorsque des locuteurs d'une langue minoritaire sont traités dans une clinique, les professionnels de la santé peuvent être moins susceptibles de leur donner des explications adéquates sur leurs médicaments d'ordonnance et sur leurs effets secondaires potentiels qu'à des locuteurs d'une langue majoritaire.

Par exemple, une étude effectuée aux États-Unis a montré que, 47 % du temps, les locuteurs d'une langue minoritaire n'arrivent pas à se faire expliquer leur ordonnance par un médecin, alors que ce n'est le cas que 16 % du temps pour les locuteurs de la langue majoritaire.⁹

Les locuteurs d'une langue minoritaire sont aussi moins susceptibles de comprendre les renseignements qui leur sont fournis par les professionnels de la santé.

Par exemple, lorsqu'on les a interrogés au sujet des instructions concernant leurs médicaments d'ordonnance, les patients hispanophones des États-Unis étaient beaucoup plus enclins que les anglophones à faire des erreurs en expliquant leurs médicaments et leur mode d'emploi.¹⁰

En raison de ces problèmes de communication, les locuteurs d'une langue minoritaire sont plus susceptibles d'être confrontés à des complications médicamenteuses et aux effets secondaires

⁸ N. R. Kelly et J. Y. Groff. « Exploring barriers to utilization of poison centers: A qualitative study of mothers attending an urban Women, Infants and Children (WIC) clinic ». *Pediatrics*. 2000;106(1):199-204. Étude 66, p. 35.

⁹ R. A. David et M. Rhee. « The impact of language as a barrier to effective health care in an underserved urban Hispanic community ». *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 1998;65(5-6):393-397. Étude 19, p. 15.

¹⁰ J. Shapiro et E. Saltzer. « Cross-cultural aspects of physician-patient communications patterns ». *Urban Health*. 1981 (décembre):10-15. Étude 114, p. 56.

des médicaments. Même si les problèmes de communication et les malentendus sont courants, lorsque les locuteurs d'une langue minoritaire ont affaire au système de santé, la communication peut être grandement améliorée si l'on fournit à ces personnes, lorsque possible, des médecins parlant leur langue.

2.4 Soins en clinique (suite)

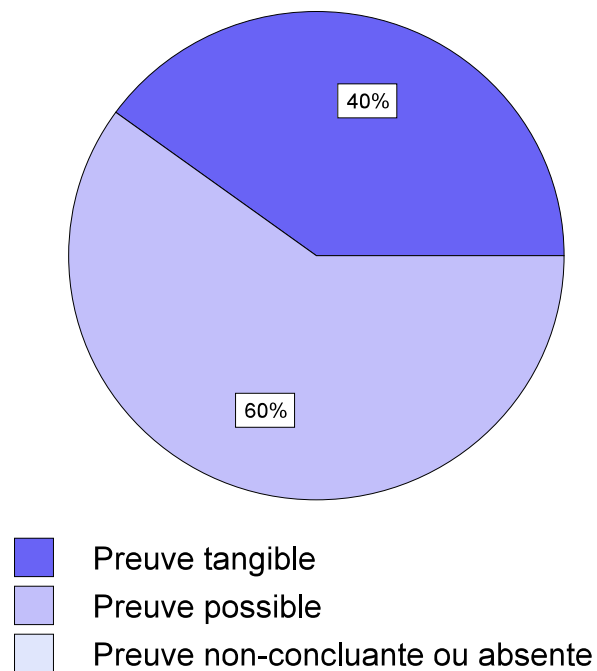
Par exemple, une étude effectuée aux États-Unis au sujet de la quantité d'information que les patients hispanophones retiennent lorsque leur entrevue avec un spécialiste de la santé est effectuée dans leur langue comparativement à une autre langue a révélé que les patients retiennent 72 % des renseignements qui leur sont donnés par un médecin parlant leur langue, et seulement 54 % de l'information donnée par un médecin parlant une autre langue. Dans chaque cas, les patients ont reçu la même quantité d'information durant l'entrevue.¹¹

Dans l'ensemble, les patients parlant une langue minoritaire affichent un niveau moins élevé de satisfaction quant aux communications durant leurs visites en clinique. La satisfaction a été mesurée par les patients, qui ont indiqué s'ils avaient l'impression que le personnel de santé les avait écoutés, avait répondu à leurs questions et leur avait expliqué les examens médicaux et les ordonnances.

¹¹ R. Seijo, J. Gomez et J. Freidenberg. « Language as a communication barrier in medical care for Hispanic patients ». *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 1991;13(4):363-375. Étude 113, p. 56.

2.5 Soins des maladies chroniques

Diagramme 6 : Répartition de la validité des preuves montrant que les locuteurs d'une langue minoritaire tirent moins de bénéfices des services de soins des maladies chroniques que les locuteurs d'une langue majoritaire en raison des barrières linguistiques



2.5 Soins des maladies chroniques (suite)

Tableau 8 : Répartition détaillée de la validité des preuves montrant que les locuteurs d'une langue minoritaire tirent moins de bénéfices des services de soins des maladies chroniques que les locuteurs d'une langue majoritaire en raison des barrières linguistiques

Nombre d'études	Validité de la preuve	N° de l'étude	Sujet précis de l'étude
4	Preuve tangible	1	Problèmes de communication entre les patients et les conseillers en ce qui concerne les tests de dépistage du VIH-sida et le counseling sur cette question
		63	Respect par les patients des recommandations des médecins en ce qui concerne la prise en charge du diabète
		80	Respect par les patients des recommandations des médecins en ce qui concerne la prise en charge de l'asthme
		83	Accès aux services et respect des recommandations des médecins en ce qui concerne la prise en charge du diabète
6	Preuve possible	2	Respect par les patientes des recommandations des médecins en ce qui concerne la prise en charge de l'asthme
		15	Qualité des soins palliatifs, explication du diagnostic aux patients par les médecins et capacité des patients de prendre eux-mêmes en charge les symptômes du cancer
		72	Compréhension par les patients des diagnostics et des traitements et respect des recommandations des médecins, en ce qui concerne la prise en charge du diabète
		86	Respect par les patients des recommandations des médecins en ce qui concerne la prise en charge de l'asthme
		98	Respect par les patients des recommandations des médecins en ce qui concerne le contrôle du diabète et de l'hypertension
		126	Qualité des soins aux patients diabétiques
10 études au total			

2.5 Soins des maladies chroniques (suite)

Selon ces dix études, les locuteurs d'une langue minoritaire sont moins susceptibles que les locuteurs d'une langue majoritaire d'être en mesure de prendre en charge leurs maladies chroniques. Ces patients sont moins enclins à comprendre régime de prise en charge de leurs maladies.

Par exemple, une étude effectuée aux États-Unis a montré que, alors que seulement 3 % des patients diabétiques du groupe linguistique majoritaire ont indiqué ne pas comprendre les soins dont ils ont besoin, c'est le cas de 22 % des patients diabétiques du groupe linguistique minoritaire.¹²

De plus, une autre étude effectuée aux États-Unis a révélé que les patients d'un groupe linguistique minoritaire ne respectaient pas leurs régimes de prise en charge du diabète dans une proportion beaucoup plus grande que les patients du groupe linguistique majoritaire.¹³

Les patients d'un groupe linguistique minoritaire atteints d'une maladie chronique courent un risque plus élevé de souffrir des complications de leur maladie.

Par exemple, une étude effectuée aux États-Unis portant sur des adolescents asthmatiques se présentant dans des services d'urgence a montré que 40 % de ceux qui avaient été intubés parlaient une langue minoritaire, comparativement à seulement 8 % de ceux qui n'ont pas été intubés. Les chercheurs ont conclu que cette étude permettait de prédire un taux de mortalité plus élevé chez les patients asthmatiques adolescents du groupe linguistique minoritaire.¹⁴

Les barrières linguistiques peuvent aussi mener à des situations où on omet de révéler certains renseignements aux patients.

Par exemple, en Australie, dans un centre de soins palliatifs pour cancéreux, on a omis de révéler leur diagnostic à 46 % des patients non anglophones à la demande d'un membre de la famille. Comparativement, on a omis de révéler son diagnostic à un seul des 106 patients anglophones du

¹² L. M. Lasater, A. J. Davidson, J. F. Steiner et P. S. Mehler. « Glycemic control in English- vs. Spanish-speaking Hispanic patients with type 2 diabetes mellitus ». *Archives of Internal Medicine*. 2001;161:77-82. Étude 72, p. 38.

¹³ A. J. Karter, A. Ferrara, J. Darbinian, L. M. Ackerson et J.V. Selby. « Self monitoring of blood glucose: Language and financial barriers in a managed care population with diabetes ». *Diabetes Care*. 2000;23(4):477-483. Étude 63, p. 34.

¹⁴ S. LeSon et G. M. Eric. « Risk factors for asthmatic patients requiring intubation. II. Observations in teenagers ». *Journal of Asthma*. 1995;32(5):379-389. Étude 80, p. 41.

centre. Dans cette étude, les taux de mortalité des deux groupes étaient similaires.¹⁵

¹⁵ A. Chan et R. K. Woodruff. « Comparison of palliative care needs of English- and non- English-speaking patients ». *Journal of Palliative Care*. 1999;15(1):26-30. Étude 15, p. 13.

2.5 Soins des maladies chroniques (suite)

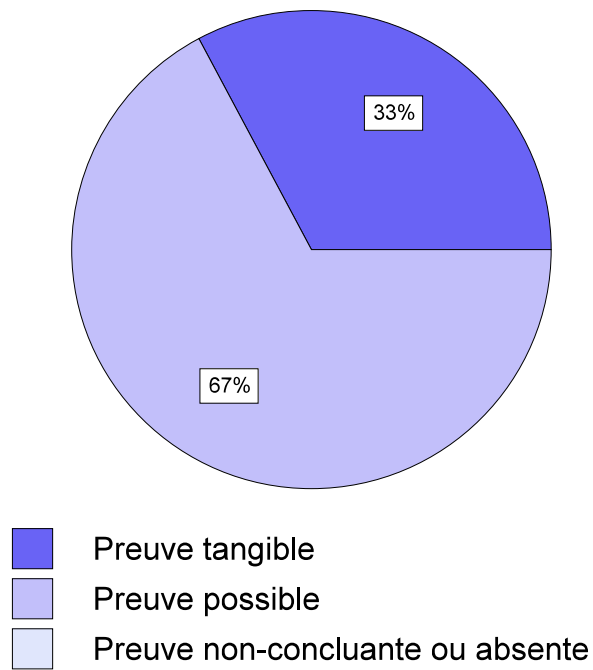
Comme dans d'autres domaines de la santé, on peut pallier les effets négatifs des barrières linguistiques en fournissant des médecins qui parlent la même langue que les patients.

Par exemple, selon une étude américaine, les patients diabétiques ayant un médecin parlant la même langue qu'eux présentaient de meilleurs résultats en ce qui concerne les fonctions physiques, le bien-être psychologique, le soulagement de la douleur et les perceptions de l'état de santé, que les patients examinés par un médecin ne parlant pas la même langue qu'eux.¹⁶

¹⁶ E. J. Perez-Stable, A. Napoles-Springer et J. M. Miramontes. « The effects of ethnicity and language on medical outcomes of patients with hypertension or diabetes ». *Medical Care*. 1997;35:1212-1219. Étude 98, p. 49.

2.6 Santé mentale

Diagramme 7 Répartition de la validité des preuves montrant que les locuteurs d'une langue minoritaire tirent moins de bénéfices des services de santé mentale que les locuteurs d'une langue majoritaire en raison des barrières linguistiques



2.6 Santé mentale (suite)

Tableau 9 : Répartition détaillée de la validité des preuves montrant que les locuteurs d'une langue minoritaire tirent moins de bénéfices des services de santé mentale que les locuteurs d'une langue majoritaire en raison des barrières linguistiques

Nombre d'études	Validité de la preuve	N° de l'étude	Sujet précis de l'étude
2	Preuve tangible	27	Accès des patients à des services psychiatriques et exactitude du diagnostic
		81	Accès des patients à des services psychiatriques
4	Preuve possible	84	Exactitude du diagnostic psychiatrique
		102	Exactitude des diagnostics psychopathologiques
		107	Sensibilisation des patients à l'égard des services psychiatriques et accès à ces services
		131	Compréhension des besoins des patients par les ergothérapeutes
6 études au total			

2.6 Santé mentale (suite)

Selon ces six études, le manque de services linguistiques dans le secteur de la santé mentale est un obstacle important à l'accès aux soins par les locuteurs d'une langue minoritaire.

Par exemple, selon une étude effectuée au Royaume-Uni, 75 % des personnes d'origine chinoise montrant des signes de maladie mentale qui ont été interrogées ont indiqué qu'elles avaient de la difficulté à obtenir de l'aide médicale et ont le plus souvent imputé cette difficulté aux barrières linguistiques. Par ailleurs, 35 % des personnes souffrant d'une maladie mentale qui ont sollicité l'aide de leur médecin de famille n'ont pas reconnu que leur maladie était de nature cognitive, mais la considérait comme un problème d'ordre physiologique.¹⁷

Au total, trois des six études sur la santé mentale tirées de la bibliographie annotée de California Endowment examinent les différences quant au diagnostic d'un problème de santé mentale entre les locuteurs de langues minoritaire et majoritaire. Ces études ont toutes trois montré que les patients confrontés à des barrières linguistiques semblent présenter davantage de symptômes d'une maladie mentale que les locuteurs d'une langue majoritaire.

Par exemple, dans la plus surprenante de ces études, on a sélectionné 32 patients mexicano-américains, parlant couramment l'anglais et l'espagnol, qui avaient reçu précédemment un diagnostic de schizophrénie. Chacun de ces patients a passé deux entrevues, l'une en anglais et l'autre en espagnol, élaborées à partir d'instruments normalisés d'évaluation de la santé psychiatrique et mentale. Les entrevues ont été filmées et analysées indépendamment par 16 professionnels en santé mentale bilingues. Il a été démontré que la maîtrise de l'anglais était un facteur prédictif important de la différence de psychopathologie observée chez les patients bilingues dans les deux entrevues. Autrement dit, les patients étaient plus susceptibles de recevoir un diagnostic de problème de santé mentale à partir de l'entrevue en espagnol que de l'entrevue en anglais. L'annotation de la bibliographie ne spécifie pas si les professionnels en santé mentale avaient une quelconque attestation de leurs compétences linguistiques.¹⁸

Finalement, une grande part des locuteurs d'une langue minoritaire ne sont pas au courant des programmes d'accès à des médicaments bénéfiques visant les patients atteints d'une maladie mentale.

Par exemple, comme l'a montré une étude effectuée en Australie, les programmes d'accès aux médicaments peuvent être mal adaptés, trop rigides et inaccessibles linguistiquement, ce qui cause

¹⁷ P.-L. Il, S. Logan, L. Yee et S. Ng. « Barriers to meeting the mental health needs of the Chinese community ». *Journal of Public Health Medicine*. 1999;21(1):74-80. Étude 81, p. 41.

¹⁸ C. S. Price et I. Cuellar. « Effects of language and related variables on the expression of psychopathology in Mexican American psychiatric patients ». *Hispanic Journal of Behavioural Sciences*. 1981;3:145-160. Étude 102, p. 51.

des malentendus qui entraînent un accès réduit à ces programmes pour les locuteurs d'une langue minoritaire.¹⁹

2.7 Études diverses

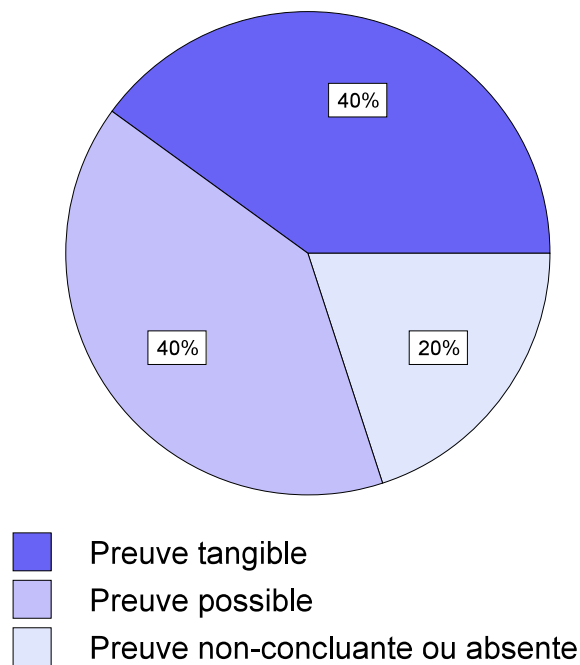


Diagramme 8 :
Répartition de la validité des preuves montrant que les locuteurs d'une langue minoritaire tirent moins de bénéfices des services de santé publique que les locuteurs d'une langue majoritaire en raison des barrières linguistiques

¹⁹ G. Reid, N. Crofts et L. Beyer. « Drug treatment services for ethnic communities in Victoria, Australia: An examination of cultural and institutional barriers ». *Ethnicity and Health*. 2001;6(1):13-26. Étude 107, p. 53.

2.7 Études diverses (suite)

Tableau 10 : Répartition détaillée de la validité des preuves montrant que les locuteurs d'une langue minoritaire tirent moins de bénéfices des services de santé publique que les locuteurs d'une langue majoritaire en raison des barrières linguistiques

Nombre d'études	Validité de la preuve	N° de l'étude	Sujet précis de l'étude
4	Preuve tangible	6	Accès aux refuges pour femmes et aux services sociaux par les femmes immigrantes confrontées à la violence familiale
		18	Accès aux services de santé par les immigrants vietnamiens selon la durée de leur présence aux États-Unis
		43	Accès aux services de santé selon des facteurs linguistiques et culturels
		82	Accès aux services de santé selon la langue et la culture, utilisation des services de prévention du cancer et préférence pour la médecine traditionnelle ou occidentale
4	Preuve possible	61	Accès aux services de santé mesuré à partir des facteurs suivants : situation au point de vue des assurances et source habituelle de soins
		67	Accès aux services de santé mesuré à partir des facteurs suivants : source habituelle de soins, utilisation des soins médicaux et absence ou refus des soins médicaux nécessaires
		88	Utilisation de divers types de services de santé, y compris les médecines traditionnelle et occidentale
		137	Accès aux services de santé par les aînés qui ont un style de vie restreint en raison des barrières linguistiques
2	Preuve non concluante ou absente	31	Accès aux services de santé en général (les coûts, la disponibilité et l'accessibilité sont plus importants que les barrières linguistiques)
		112	Accès aux services de santé mesuré à partir, entre autres, des facteurs suivants : source habituelle de soins et situation du point de vue des assurances médicales (deux tiers des locuteurs d'une langue minoritaire interrogés ont un médecin parlant la même langue qu'eux)
10 études au total			

2.7 Études diverses (suite)

Dans ces dix études, on a interrogé des patients et des membres de la population générale sur diverses questions de nature médicale, notamment la violence familiale, l'accès aux services de santé, la situation du point de vue de l'assurance médicale et la préférence pour les médecines traditionnelle ou occidentale.

Dans l'ensemble, les conclusions ont révélé que les locuteurs d'une langue minoritaire sont désavantagés au chapitre des soins médicaux, car elles n'ont généralement pas de source habituelle de soins ni d'assurance médicale.

Par exemple, une étude effectuée aux États-Unis a montré que les locuteurs d'une langue minoritaire sont deux fois plus susceptibles de ne pas avoir d'assurance médicale et sont moins susceptibles d'avoir une source habituelle de soins.²⁰

Selon une autre étude américaine, les patients croient que leurs fournisseurs de soins de les comprennent pas, en raison des barrières linguistiques. De plus, ces patients ne sont pas en mesure de comprendre les instructions écrites et verbales que leur donnent leurs professionnels de la santé.²¹

Les barrières linguistiques peuvent entraîner l'adoption d'un style de vie restreint, ce qui isole les personnes de la société et fait en sorte qu'elles ne connaissent pas les services disponibles ou ne savent pas comment y accéder.

Par exemple, chez les latino-américaines victimes de violence familiale aux États-Unis, les barrières linguistiques peuvent entraîner une dépendance économique à l'égard de leur époux violent; elles sont, par conséquent, réticentes à chercher une aide, tant médicale que juridique, qui par ricochet pourrait menacer leur relative stabilité économique relative.²²

Pour les aînés d'origine chinoise vivant aux États-Unis, les barrières linguistiques et un style de vie reclus font en sorte qu'ils ne connaissent pas les services gériatriques disponibles et sont

²⁰ M. Jang, E. Lee et K. Woo. « Income, language, and citizenship status: Factors affecting the health care access and utilization of Chinese Americans ». *Health & Social Work*. 1998;23(2):136-145. Étude 61, p. 33.

²¹ C. E. D'Avanzo. « Barriers to health care for Vietnamese refugees ». *Journal of Professional Nursing*. 1992;8(4):245-253. Étude 18, p. 14.

²² H. M. Bauer, M. A. Rodriguez, S. Szkupinski Quiroga et Y. G. Flores-Ortiz. « Barriers to health care for abused Latina and Asian immigrant women ». *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*. 2000;11(1):33-44. Étude 6, p. 9.

incapables d'en tirer parti²³.

De plus, les barrières linguistiques peuvent pousser certaines personnes à se tourner vers la

2.7 Études diverses (suite)

médecine traditionnelle, alors qu'elles auraient préféré faire appel à la médecine occidentale dans d'autres circonstances.

Par exemple, une étude effectuée au Royaume-Uni a montré que 21 % des personnes d'origine chinoise interrogées préféraient la médecine traditionnelle. Les auteurs ont noté que plusieurs répondants avaient indiqué que la raison de cette préférence était les barrières linguistiques. Dans la bibliographie annotée, on n'a toutefois pas noté quel pourcentage ces personnes représentent²⁴.

Si les barrières linguistiques peuvent être l'obstacle le plus important à l'accès aux services de santé chez les enfants, les adultes sont plus touchés par la pauvreté et l'absence d'un régime d'assurance médicale.

²³ F.Y. Wu. « Mandarin-speaking aged Chinese in the Los Angeles area ». *Gerontologist*. 1975;15(3):271-275. Étude 137, p. 66.

²⁴ X. Liao et G. McIlwaine. « The health status and health needs of Chinese population in Glasgow ». *Scottish Medical Journal*. 1995;40:77-80. Étude 82, p. 42.

3. Analyse des résultats de notre évaluation

Diagramme 9 : Répartition moyenne de la validité des preuves montrant que les locuteurs d'une langue minoritaire bénéficient moins que les locuteurs d'une langue majoritaire de divers domaines du secteur de la santé

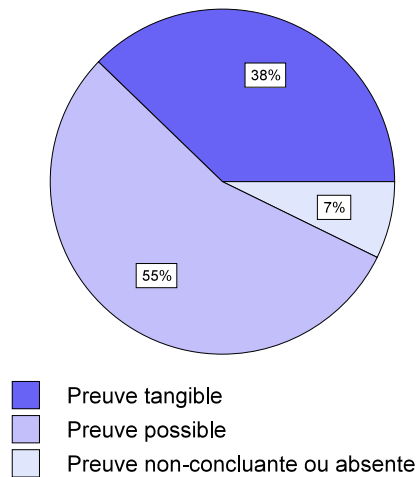
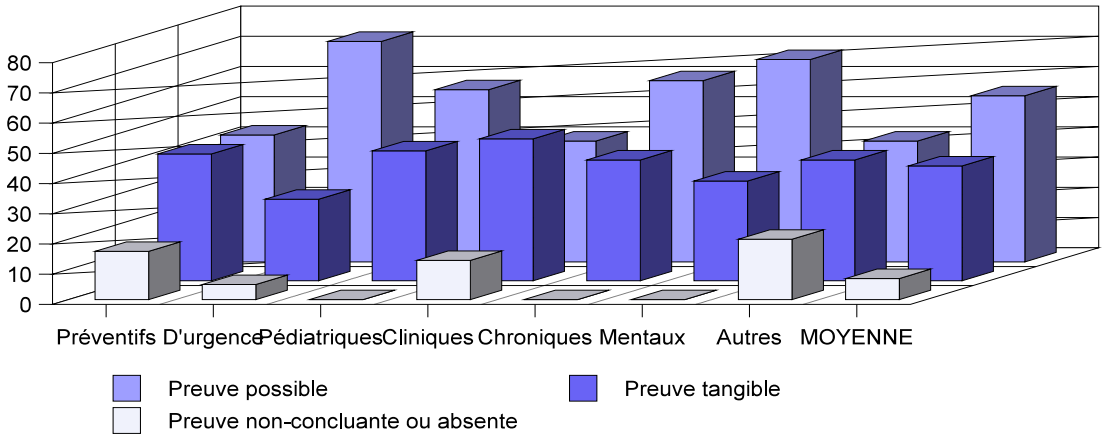


Table 11 : Répartition de la validité des preuves montrant que les locuteurs d'une langue minoritaire tirent moins de bénéfices des services de santé disponibles que les locuteurs d'une langue majoritaire, selon le domaine du secteur de la santé (type de soins)

Évaluation de la validité des
preuves présentées dans l'étude intitulée
Language Barriers in Health Care Settings



3.1 Répartition de la validité des preuves pour tous les domaines du secteur de la santé

La répartition générale de la validité des preuves montrant que les locuteurs d'une langue minoritaire tirent moins de bénéfices des services de santé disponibles est la suivante : preuve « tangible » – 38 %; preuve « possible » – 55 %; preuve « non concluante ou absente » – 7 %. Ces proportions sont similaires dans la majorité des domaines du secteur de la santé, à l'exception notamment des soins d'urgence et hospitaliers, de la santé mentale et des domaines visés par les autres études. Ces différences sont expliquées ci-dessous.

3.2 Analyse des conclusions touchant le domaine des soins d'urgence et hospitaliers

Parmi tous les domaines du secteur de la santé, celui des soins d'urgence et hospitaliers a affiché le pourcentage le plus élevé d'études montrant la présence de preuves « possibles » (73 %) et le pourcentage le plus bas d'études montrant la présence de preuves « tangibles » (27 %) d'une relation entre le fait de parler une langue minoritaire et de tirer moins de bénéfice des services de santé.

On pourrait conclure que ces statistiques sont le reflet de l'expérience des professionnels de la santé qui travaillent aux services d'urgence et traitent des patients qui sont victimes d'une incapacité souffrants et, par conséquent, incapables de communiquer. Les compétences que ces médecins utilisent pour diagnostiquer et traiter des patients qui, par exemple, sont inconscients, sont probablement aussi utilisées pour traiter des patients qui sont incapables de communiquer en raison de difficultés linguistiques.

3.3 Analyse des conclusions touchant le domaine de la santé mentale

Étant donné l'importance de la communication du diagnostic et du traitement, dans le domaine de la santé mentale, nous avons prévu qu'un nombre important d'études effectuées dans ce domaine montreraient la présence de preuves « tangibles ». Au contraire, le domaine de la santé mentale affiche des résultats assez similaires à ceux du domaine des soins d'urgence et hospitaliers, les deux tiers des études ayant montré la présence de preuves « possibles » et seulement un tiers des études ayant montré la présence de preuves « tangibles ».

Après un examen approfondi des études en santé mentale, il est devenu clair que, pour la majorité des études, la répartition des preuves dans ce secteur reflète la faible validité des preuves présentées dans les résumés, comparativement aux preuves présentées dans les annotations. Par exemple, pour la moitié des études en santé mentale qui montrent la présence de preuves « possibles » que les locuteurs d'une langue minoritaire tirent moins de bénéfices des services de santé, les annotations indiquent que le fait de parler une langue minoritaire rend les

patients plus susceptibles de sembler souffrir d'une maladie mentale.

Il convient également de signaler que, étant donné que c'est dans le domaine de la santé mentale qu'on compte le moins d'études, une faible variation de la répartition de la validité des preuves en chiffres réels entraînerait une forte variation en pourcentage.

3.4 Analyse des conclusions touchant les autres études

Si les autres études présentent des résultats reflétant la moyenne pour les preuves « tangibles » (40 %), les études montrant la présence de preuves « possibles » sont sous-représentées (40 %) et celles indiquant des preuves « non concluante ou absente » sont surreprésentées.

Deux études de ce groupe se classent dans la catégorie « preuve non concluante ou absence de preuve ». L'une est une étude américaine portant sur un échantillon d'hispanophones dont les deux tiers avaient un médecin parlant la même langue qu'eux. Cette situation n'est pas représentative de la population en général, si l'on se fonde sur les preuves présentées dans les autres études de la bibliographie annotée. La conclusion de l'étude, selon laquelle « la langue pourrait ne pas être le principal facteur expliquant les différences d'accès et d'utilisation chez les populations latino-américaines », a, par conséquent, été classée comme non concluante, car les conclusions de cette étude ne peuvent s'appliquer de manière générale à la majorité des groupes linguistiques minoritaires.

La deuxième étude, qui a aussi été effectuée aux États-Unis, a montré que le coût, la disponibilité et l'accessibilité des services de santé sont des facteurs plus importants que les barrières linguistiques (la disponibilité et l'accessibilité ne sont pas définies, dans cette annotation, mais sont traitées comme des facteurs distincts de la langue et de l'acculturation). Comme il est expliqué en détail plus loin, il est peu probable que le coût, la disponibilité et l'accessibilité soient des obstacles plus importants à l'accès ou aux soins que la langue dans un système universel de soins de santé comme celui du Canada.

3.5 Système universel et système « utilisateur-payeur »

Comme nous l'avons déjà mentionné à la page 5, le Canada a un système universel de soins de santé, ce qui signifie que tous les citoyens canadiens bénéficient d'une assurance-santé qui couvre les soins de santé nécessaires, qui leur sont fournis selon leurs besoins médicaux plutôt que selon leur capacité de payer.

Toutefois, la situation est différente aux États-Unis, où la vaste majorité des études de la bibliographie annotée ont été effectuées. Par conséquent, les Américains qui ont un faible revenu familial peuvent éviter de demander des soins de santé en raison des coûts. Pour ces personnes, la pauvreté est un obstacle plus important à l'accès aux soins, ce que montrent plusieurs études de la bibliographie annotée de California Endowment. Au Canada, la pauvreté n'est pas censée être un obstacle à l'accès aux soins, car notre pays est doté d'un système universel de soins de santé.

Par exemple, la pauvreté et l'absence d'un régime d'assurance ont été citées comme des variables confusionnelles dans l'une des études montrant des preuves non concluantes ou une absence de preuve, qui représente 17 % des études. Parmi les études montrant la présence de preuves « possibles », six études, ou 14 %, ont cité la pauvreté et l'absence d'un régime d'assurance comme des variables confusionnelles. Ces études ont toutes été effectuées aux États-Unis.

3.6 Analyse sommaire

Dans l'ensemble, les preuves présentées dans la bibliographie annotée démontrent que le fait de parler une langue minoritaire constitue un obstacle à l'accès aux mêmes avantages offerts par les services de santé existants que ceux qu'obtiennent les locuteurs d'une langue majoritaire:

- 38 % des études de la bibliographie annotée de California Endowment démontrent que des preuves « tangibles » indiquent qu'il en est ainsi
- 55 % des études indiquent que des preuves « possibles » conduisent à la même conclusion

Comme nous l'avons fait précédemment remarquer, il y avait souvent des différences entre les preuves présentées dans les *annotations* et celles décrites dans le *résumé* de la bibliographie. Un grand nombre des études établissant la présence de preuves « possibles » contenaient, en fait, des preuves éclatantes du fait qu'il est plus difficile pour les locuteurs d'une langue minoritaire de bénéficier pleinement des services de soins de santé.

Pour cette raison, on peut considérer que les études qui, selon notre évaluation, sont classées comme démontrant la présence de preuves « tangibles » et « possibles » renforcent l'argument selon lequel les locuteurs d'une langue minoritaire tirent moins de bénéfices des services de santé disponibles que les locuteurs d'une langue majoritaire en raison des barrières linguistiques auxquelles ils sont confrontés.

Annexe 1

Études connexes commandées par le California Endowment

- *Language Services for Patients with Limited English Proficiency: Results of a National Survey of Internal Medicine Physicians, 2007.*
- *Hospital Language Services for Patients with Limited English Proficiency: Results From a National Survey, 2006.*
- *Addressing Language Access Issues in Your Practice: A Toolkit for Physicians and Their Staff Members, 2005.*
- *Giving Voices to the Voiceless: Language Barriers and Health Access Issues of Black Immigrants of African Descent, 2005.*
- *In the Right Words: Addressing Language and Culture in Providing Health Care, précis d'information No 18, août 2003.*
- *Multicultural Health: An Annotated Bibliography, 2002.*

Ces études peuvent être consultées sur le site Web de California Endowment à l'adresse suivante :

http://www.calendow.org/Collection_Publications.aspx?coll_id=22&ItemID=312#

Annexe 2

Références

Jacobs EA, Agger-Gupta N, Hm Chen A, Piotrowski A, Hardt EJ. *Language Barriers in Health Care Settings: An Annotated Bibliography of the Research Literature* (Los Angeles : The California Endowment, 2003).

http://www.calendow.org/Collection_Publications.aspx?coll_id=22&ItemID=312

(site consulté en janvier 2008)

Les études suivantes ont été utilisées dans *Language Barriers in Health Care Studies* :

Numéro de l'étude	Notices bibliographiques des études originales
----------------------	--

1. Apisitsaowapa Y, Jongsakul K, Watt G, et coll. « Thai language skill and HIV counseling among Hilltribe people: A hospital-based study » dans Chang Rai, *Journal of the Thai Medical Association*. 1999; 82:808-810.
2. Apter AJ, Reisine ST, Affleck G, Barrows E, ZuWallack RL. « Adherence with twice daily dosing of inhaled steroids », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*.1998;157:1810-1817.
6. Bauer HM, Rodriguez MA, Szkupinski Quiroga S, Flores-Ortiz YG. « Barriers to healthcare for abused Latina and Asian immigrant women », *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*. 2000;11(1):33-44.
11. Carnie JC, Perks D. « The pattern of postoperative analgesic administration in non-English-speaking Asian women following caesarian section », *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 1984;66:365-366.
12. Carrasquillo O, Orav EJ, Brennan TA, Burstin HR. « Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department », *Journal of General Internal Medicine*. 1999;14:82-87.

13. Chak S, Nixon J, Dugdale A. « Primary health care for Indo-Chinese children in Australia », *Australian Paediatric Journal*. 1984;20:57-58.
14. Chalabian J, Dunnington G. « Impact of language barrier on quality of patient care, resident stress, and teaching », *Teaching & Learning in Medicine*. 1997;9(2):84-90.
15. Chan A, Woodruff RK. « Comparison of palliative care needs of English- and non-English-speaking patients », *Journal of Palliative Care*. 1999;15(1):26-30.
16. Cooke MW, Wilson S, Cox P, Roalfe A. « Public understanding of medical terminology: Non-English speakers may not receive optimal care », *Journal of Accident and Emergency Medicine*. 2000;17:119-121.
17. Crane JA. « Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department », *Journal of Emergency Medicine*. 1997;15(1):1-7.
18. D'Avanzo CE. « Barriers to health care for Vietnamese refugees », *Journal of Professional Nursing*. 1992;8(4):245-253.
19. David RA, Rhee M. « The impact of language as a barrier to effective health care in an underserved urban Hispanic community », *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 1998;65(5-6):393-397.
20. Devore JS, Koskela K. « The language barrier in obstetric anesthesia, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* ». 1980;137(6):745-746.
21. Diel AK, Westwick TJ, Badgett RG, Sugarek NJ, Todd KH. « Clinical and sociocultural determinants of gallstone treatment », *The American Journal of the Medical Sciences*. 1993;305(6):383-386.
23. Dolman J, Shackleton G, Ziaian T, Gay J, Yeboah DA. « A survey of health agencies' responses to non-English speaking women's health needs in South Australia », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 1996;20(2):155-160.
27. Drennan D, Swartz L. « The paradoxical use of interpreting in psychiatry », *Social Science and Medicine*. 2002;54(12):1853-1866.

29. Enguidanos ER, Rosen P. « Language as a factor affecting follow-up compliance from the emergency department », *The Journal of Emergency Medicine*. 1997;15(1):9-12.
30. Erzinger S. « Communication between Spanish-speaking patients and their doctors in medical encounters », *Culture, Medicine, and Psychiatry*. 1991;15:91-110.
31. Estrada AL, Trevino FM, Ray LA. « Health care utilization barriers among Mexican Americans: Evidence from HHANES 1982-1984 », *American Journal of Public Health*. 1990;80(S):27-31.
33. Facione NC. « Breast cancer screening in relation to access to health services », *Oncology Nursing Forum*. 1999;26(4):689-696.
35. Feinberg E, Swartz K, Zaslavsky AM, Gardner J, Walker DK. « Language proficiency and the enrollment of Medicaid-eligible children in publicly funded health insurance programs », *Maternal and Child Health Journal*. 2002;6(1):5-18.
36. Fiscella K, Franks P, Doescher MP, Saver BG. « Disparities in health care by race, ethnicity, and language among the insured ». *Medical Care*. 2002;40:52-59.
37. Fox SA, Stein JA. « The effect of physician-patient communication on mammography utilization by different ethnic groups ». *Medical Care*. 1991;29:1065-82.
38. Flores G, Abreu M, Olivar MA, Kastner B. « Access barriers to health care for Latino children », *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*. 1998;152:1119-1125.
41. Free C, White P, Shipman C, Dale J. « Access to and use of out-of-hours services by members of Vietnamese community groups in South London: A focus group study », *Family Practice*. 1999;16:369-374.
42. Freeman GK, Rai H, Walker JJ, Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M. « Non-English speakers consulting with the GP in their own language: A cross-sectional survey », *British Journal of General Practice*. 2002;52:36-38.
43. Garrett CR, Treichel CJ, Ohmans P. « Barriers to health care for immigrants and nonimmigrants: A comparative study », *Minnesota Medicine*. 1998;81:52-55.

45. Ghandi TK, Burstin HR, Cook EF, et coll. Drug complications in outpatients, *Journal of General Internal Medicine*. 2000;15:149-154.
48. Hampers LC, Cha S, Gutglass DJ, Binns HJ, Krug SE. « Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department ». *Pediatrics*. 1999;103(6):1253-1256.
50. Harlan LC, Bernstein AB, Kessler LG. « Cervical cancer screening: Who is not screened and why? », *American Journal of Public Health*. 1991;81(7):885-891.
58. Hu DJ, Covell RM. « Health care usage by Hispanic outpatients as a function of primary language », *The Western Journal of Medicine*. 1986;144:490-493.
61. Jang M, Lee E, Woo K. « Income, language, and citizenship status: Factors affecting the health care access and utilization of Chinese Americans », *Health & Social Work*. 1998;23(2):136-145.
62. Jeremiah JP, O'Sullivan MS, Stein MD. « Who leaves against medical advice? », *Journal of General Internal Medicine*. 1995;10:403-405.
63. Karter AJ, Ferrara A, Darbinian J, Ackerson LM, Selby JV. « Self monitoring of blood glucose: Language and financial barriers in a managed care population with diabetes », *Diabetes Care*. 2000;23(4):477-483.
66. Kelly NR, Groff JY. « Exploring barriers to utilization of poison centers: A qualitative study of mothers attending an urban Women, Infants and Children (WIC) clinic », *Pediatrics*. 2000;106(1):199-204.
67. Kirkman-Liff B, Mondragon D. « Language of interview: Relevance for research of southwest Hispanics ». *American Journal of Public Health*. 1991;81:1399-1404.
69. Kravitz RL, Helms LJ, Azari R, Antonius D, Melnikow J. « Comparing the use of physician time and health care resources among patients speaking English, Spanish, and Russian », *Medical Care*. 2000;38(7):728-738.
72. Lasater LM, Davidson AJ, Steiner JF, Mehler PS. « Glycemic control in English- vs. Spanish-speaking Hispanic patients with type 2 diabetes mellitus », *Archives of Internal Medicine*. 2001;161:77-82.

75. Lee ED, Rosenberg CR, Sixsmith DM, Pang D, Abularrage J. « Does a physician-patient language difference increase the probability of hospital admission? », *Academic Emergency Medicine*. 1998;5(1):86-89.
79. LeSon S, Gershwin ME. « Risk factors for asthmatic patients requiring intubation. I. Observations in children », *Journal of Asthma*. 1995;32(4):285-294.
80. LeSon S, Eric GM. « Risk factors for asthmatic patients requiring intubation. II. Observations in teenagers », *Journal of Asthma*. 1995;32(5):379-389.
81. Li P-L, Logan S, Yee L, Ng S. « Barriers to meeting the mental health needs of the Chinese community », *Journal of Public Health Medicine*. 1999;21(1):74-80.
82. Liao X, McIlwaine G. « The health status and health needs of Chinese population in Glasgow », *Scottish Medical Journal*. 1995;40:77-80.
83. Lipton RB, Losey LM, Giachello A, Mendez J, Girotti MH. « Attitudes and issues in treating Latino patients with Type 2 diabetes: Views of health care providers », *The Diabetes Educator*. 1998;24(1):67-71.
84. LoGiudice D, Hassett A, Cook R, Flicker L, Ames D. « Equity of access to a memory clinic in Melbourne? Non-English speaking background attenders are more severely demented and have increased rates of psychiatric disorders ». *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2001;16:327-334.
85. Madhok R, Bhopal RS, Ramaiah RS. « Quality of hospital service: A study comparing 'Asian' and 'non-Asian' patients in Middlesborough », *Journal of Public Health Medicine*. 1992; 14: 271-279.
86. Manson A. « Language concordance as a determinant of patient compliance and emergency room use in patients with asthma », *Medical Care*. 1988;26(12):1119-1128.
88. Marin BVO, Marin G, Padilla A, de la Rocha C. « Utilization of traditional and nontraditional sources of health among Hispanics », *Hispanic Journal of Behavioural Sciences*. 1983;5(1):65-80.
89. Marks G, Solis J, Richardson JL, Collins LM, Birba L, Hisserich JC. « Health behavior of elderly Hispanic women: Does cultural assimilation make a difference? », *American*

Journal of Public Health. 1987;77(10):1315-1319.

91. Mirza T, Kovacs TG, McDonald P. « The use of family planning services by non-English speaking background (NESB) women », *Australia and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1999;39(3):341-343.
93. Morales LS, Cunningham WE, Brown JA, Liu H, Hays RD. « Are Latinos less satisfied with communication by health care providers? », *Journal of General Internal Medicine*. 1999;14:409-417.
94. Naish J, Brown J, Denton B. « Intercultural consultations: Investigation of factors that deter non-English-speaking women from attending their general practitioners for cervical screening », *British Medical Journal*. 1994;309(6962):1126-1128.
96. Padgett R, Barrus A. « Registered nurses' perceptions of their communication with Spanish speaking migrant farmworkers in North Carolina: An exploratory study », *Public Health Nursing*. 1992;9(3):193-199.
98. Perez-Stable EJ, Napoles-Springer A, Miramontes JM. « The effects of ethnicity and language on medical outcomes of patients with hypertension or diabetes », *Medical Care*. 1997;35:1212-1219.
99. Pitkin Derose K, Baker DW. « Limited English proficiency and Latinos' use of physician services », *Medical Care Research and Review*. 2000;57(1):76-91.
100. Pitkin Derose K, Hays RD, McCaffrey DF, Baker DW. « Does physician gender affect satisfaction of men and women visiting the emergency department? », *Journal of General Internal Medicine*. 2001;16:218-226.
102. Price CS, Cuellar I. « Effects of language and related variables on the expression of psychopathology in Mexican American psychiatric patients », *Hispanic Journal of Behavioural Sciences*. 1981;3:145-160.
107. Reid G, Crofts N, Beyer L. « Drug treatment services for ethnic communities in Victoria, Australia: An examination of cultural and institutional barriers », *Ethnicity and Health*. 2001;6(1):13-26.

109. Roberts GW. « Nurse/patient communication within a bilingual health care setting », *British Journal of Nursing*. 1994;3(2):60-67.
110. Sarver J, Baker DW. « Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit », *Journal of General Internal Medicine*. 2000;15:256-264.
111. Schur CL, Albers LA. « Health care use by Hispanic adults: Financial vs. non-financial determinants », *Health Care Financing and Review*. 1995;17(2):71-91.
112. Schur CL, Albers LA. « Language sociodemographics, and health care use of Hispanic Adults ». *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 1996;7(2):140-158.
113. Seijo R, Gomez J, Freidenberg J. « Language as a communication barrier in medical care for Hispanic patients », *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 1991;13(4):363-375.
114. Shapiro J, Saltzer E. « Cross-cultural aspects of physician-patient communications patterns », *Urban Health*. 1981(December):10-15.
115. Shaw J, Hemming MP, Hobson JD, Nieman P, Naismith NW. « Comprehension of therapy by non-English-speaking hospital patients », *Medical Journal of Australia*. 1977;2(13):423-327.
118. Small R, Rice PL, Yelland J, Lumley J. « Mothers in a new country: The role of culture and communication in Vietnamese, Turkish, and Filipino women's experiences of giving birth in Australia », *Women and Health*. 1999;28(3):77-101.
119. Solis JM, Marks G, Garcia M, Shelton D. « Acculturation, access to care, and the use of preventive services by Hispanics: Findings from HHANES 1982-84 », *American Journal of Public Health*. 1990; 80(s):11-19.
120. Stein JA, Fox SA. « Language preference as an indicator of mammography use among Hispanic women », *Journal of the National Cancer Institute*. 1990;82(21):1715-1716.
123. Stone MA, Patel H, Panja KK, Barnett DB, Mayberry JF. « Reasons for noncompliance with screening for infection with *Helicobacter pylori* in a multi-ethnic community in Leicester, U.K. », *Public Health*. 1998;112:153-156.

124. Suarez L. « Pap smear and mammogram screening in Mexican-American women: The effects of acculturation », *American Journal of Public Health*. 1994;84(5 (May)): 742-746.
125. Thompson M, Curry MA, Burton D. « The effects of nursing case management on the utilization of prenatal care by Mexican-Americans in rural Oregon », *Public Health Nursing*. 2001;15(2):82-90.
126. Tocher TM, Larson E. « Quality of diabetes care for non-English-speaking patients: A comparative study », *Western Journal of Medicine*. 1998;168:504-511.
127. Tocher TM, Larson EB. « Do physicians spend more time with non-English-speaking patients? », *Journal of General Internal Medicine*. 1999;14:303-309.
128. Todd KH, Samaroo N, Hoffman J. « Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia ». *Journal of the American Medical Association*. 1993;269(12):1537-1539.
129. Tran M, Young L, Phung H, Hillman K, Willcocks K. « Quality of health services and early postpartum discharge: Results from a sample of non-English-speaking women », *Journal of Quality in Clinical Practice*. 2001;21:135-143.
131. Wardin K. « A comparison of verbal evaluation of clients with limited English proficiency and English speaking clients in physical rehabilitation settings », *American Journal of Occupational Therapy*. 1996;50(10):816-825.
132. Watt IS, Howel D, Lo L. « The health care experience and health behavior of the Chinese: A survey based in Hull », *Journal of Public Health Medicine*. 1993; 15:129-36.
133. Waxman MA, Levitt AM. « Are diagnostic testing and admission rates higher in non-English-speaking versus English-speaking patients in the emergency department? », *Annals of Emergency Medicine*. 2000;36(5):456-461.
134. Weech-Maldonado R, Morales LS, Spritzer K, Elliott M, Hays RD. « Racial and ethnic differences in parents' assessments of pediatric care in Medicaid managed care », *Health Services Research*. 2001;36(3):575-594.
135. Weinick RM, Krauss NA. « Racial/ethnic differences in children's access to care », *American Journal of Public Health*. 2000;90(11):1771-1774.

136. Woloshin S, Schwartz LM, Katz SJ, Welch HG. « Is language a barrier to the use of preventive services? », *Journal of General Internal Medicine*. 1997;12:472-477.

137. Wu FY. « Mandarin-speaking aged Chinese in the Los Angeles area », *Gerontologist*. 1975;15(3):271-275.