# *Services d'interprétariat dans le domaine de la santé*

**Edmonton**
**24 mars 2015**

Dans le cadre du projet INTACC

*Modèles de services d'interprétariat et d'accompagnement pour faciliter l'accès aux services de santé des communautés acadiennes et francophones vivant en situation minoritaire*

## Synthèse de la recension des écrits


*Présentée par*

Isabelle Tardif

Préparée par

Isabelle Tardif
Arinka Jancarik
Renée Chartier
Jacques Fortin



Société Santé en français

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Québec

# Plan de la présentation

- Rôle de la recension des écrits dans une démarche de courtage de connaissances
- Méthodologie
- Notions de repérage de la clientèle
- De quoi parle-t-on ?
  - Typologie des services d'interprétariat en 5 catégorie
  - Formation et compétences attendues
  - Organisation des services
  - Rôle
- Effets de l'interprétariat: bénéfices et limites
- Concept d'accompagnement

# Le courtage de connaissances

- Le courtier de connaissances donne du sens aux multiples informations en:
  - Dégageant les tendances ou les divergences;
  - Organisant l'information en conséquence.
- La recension des écrits est une démarche qui consiste à faire l'**inventaire** et **l'examen critique** des publications pertinentes portant sur un domaine de recherche.

# Méthodologie

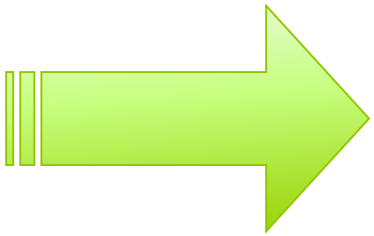
- Mots-clés variés, en anglais et en français autour de deux concepts:
  - Interprétation
  - services de santé
- Bases de données interrogées:
  - PubMed
  - CINHAL
  - Google Scholar
  - Google
- Cibles: revues systématiques et littérature grise permettant de faire le portrait de ce qu'est l'interprétariat, ses différentes formes, les avantages et limites de chacune.

# Conséquences des barrières linguistiques en santé

- Effets pervers sur l'accessibilité des services de santé tels que démontrés par les données suivantes (Bowen, 2004; HIN, 2004, 2010; Greising 2006) :
  - Moins grande utilisation des soins primaires et des services préventifs
  - Surutilisation des services spécialisés et des examens diagnostics
  - Nombre accru d'admissions hospitalières
  - Durées de séjour prolongées en soins aigus
  - Résultats néfastes pour la santé
  - Disparités sur le plan de la santé
- Les usagers n'ayant pas eu recours à un service d'interprète professionnel ont des durées de séjour et des taux de réadmission plus élevés (Lindholm, 2012)

# Conséquences des barrières linguistiques sur la santé [suite]

- Les barrières linguistiques sont associées aux erreurs diagnostiques, à des résultats moins favorables sur le plan de santé globale et à indices de satisfaction inférieurs (Bowen, 2004)
- Les barrières linguistiques peuvent contrevenir à la confidentialité d'un usager et empêcher l'obtention d'un consentement éclairé (HIN, 2010)
- Toutes ces conséquences imposent des coûts aux systèmes de santé (Arocha & Joyce, 2013; Bowen, 2004; Lindholm, 2012; VanderWielen, 2014)



Les services d'interprétariat *une façon d'améliorer l'accessibilité et la qualité*

# Clientèle cible

- Maîtrise limitée de l'anglais (*Limited english proficiency* - LEP)

  « *persons who are unable to communicate effectively in English because their primary language is not English and they have not developed fluency in the English language* »

  US Department of Health and Human Services

# Méthodes de repérage (Okrainec et al. 2014)

- Objectivé

  Exemple: demande de l'aide d'un professionnel bilingue ou est accompagné d'un membre de sa famille pour répondre à un questionnaire

- Auto-rapporté

**Maîtrise de la langue**

« *How well do you think you speak English ?* »

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fluent | Very well | Well | Fairly well | Poorly | Cannot speak |

**Habileté à communiquer**

« *How easy is it for you to tell a doctor or nurse what the problem is ?* »

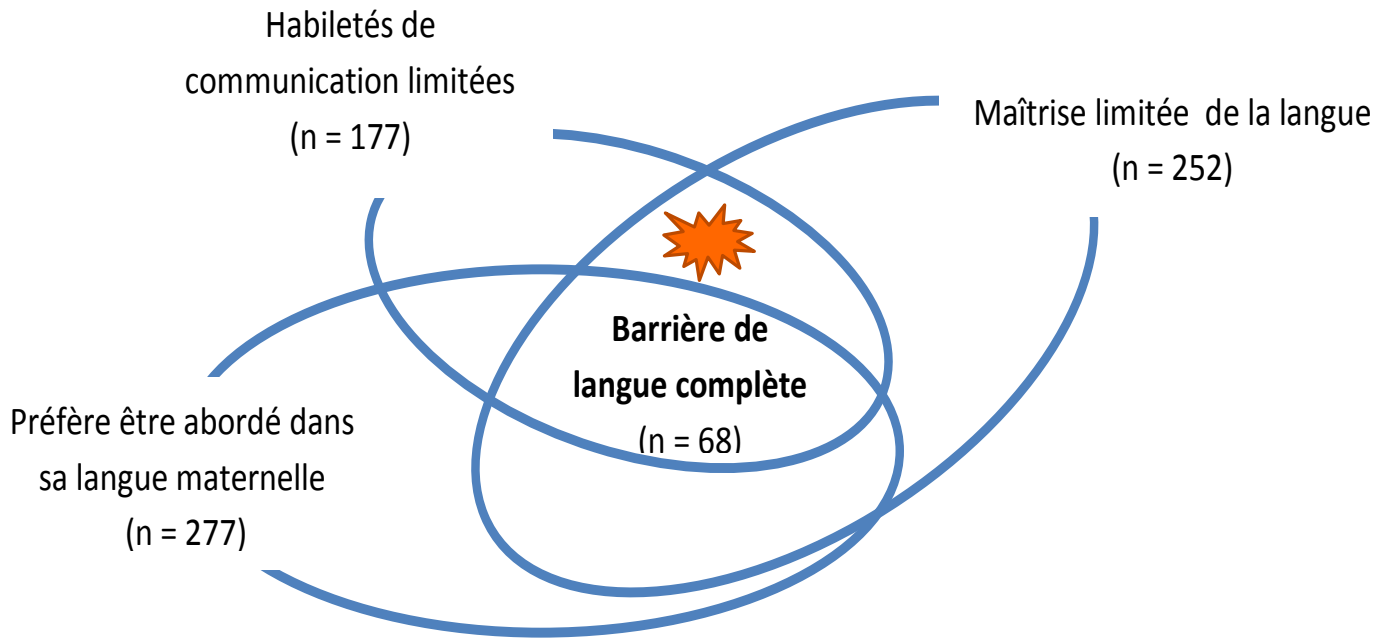
| | | | |
|---|---|---|---|
| Very easy | Not easy – I need some help | Not easy – I need a lot of help | Very difficult – Not able to speak |

**Langue de préférence**

« *If your medical care could be provided in any language, which language would it be ?* »

| | | |
|---|---|---|
| English | French | Other |

# Interrelations entre les différentes mesures (Okrainec et al. 2014)



# Typologie des services d'interprétation médicale

5 catégories selon Hsieh (2006)

1) **Interprète de circonstance**

   *Chance interpreter*

2) **Interprète non qualifié**

   *Untrained interpreter*

3) **Professionnel de la santé bilingue**

   *Bilingual health care provider*

4) **Interprète sur place**

   *On-site interpreter*

5) **Interprète par téléphone**

   *Telephone interpreter*

# 1) Interprètes de circonstance
# 2) Interprètes non qualifiés

Ce sont:

1) Les membres de la famille, les amis et aussi les personnes bilingues se trouvant à proximité (ex.: autres patients dans la salle d'attente)

2) Le personnel de soutien bilingue (ex.: infirmière, technicien, réceptionniste) et les personnes bilingues engagées comme interprète médical sans formation ou expérience formelle en interprétation

- N'ont aucune formation en interprétation
- Prodiguent les services d'interprétation de manière ponctuelle (ad hoc)

# 3) Professionnels bilingues

Ce sont:

Des intervenants de la santé ayant appris la langue maternelle du patient en tant que langue seconde.

- N'ont pas de formation en interprétation.
- Possèdent une formation sur la relation intervenant-patient (souvent incluse dans le cursus de formation initiale).
- Possèdent de bonnes connaissances de la terminologie médicale.

# 4) Interprètes médicaux sur place

Ce sont:

Des interprètes professionnels engagés par l'établissement offrant les services en personne.

- Interprètes distincts pour chaque langue.
- Possèdent une formation en interprétation d'une durée variable: de 40 heures à 5 jours.
- Sont salariés en tant qu'employés de l'établissement *

# 5) Interprètes par téléphone

Ce sont:

Des interprètes professionnels assurant une traduction à distance de la communication verbale.

- Sont recrutés par des experts linguistiques.
- Reçoivent une formation spécifique pour s'assurer de la compétence et de la justesse des traductions, de même que de la compréhension des nuances culturelles.
- Peuvent avoir passé un examen de maîtrise de la langue.
- Ne sont pas nécessairement spécialisés dans le domaine de la santé.

# Formation

- Il n'existe pas de consensus sur la formation requise pour être interprète (Sleptsova et al, 2014); la nature et la durée de la formation sont variables (Lindholm et al., 2012).
- L'utilisation d'interprètes non-formés accroit le risque d'erreurs et peut représenter un plus grand risque que le fait de ne pas avoir d'interprète (HIN, 2010).
- Des interprètes professionnels du milieu de la santé ont également été reconnus pour avoir fait des erreurs cliniquement significatives (VanderWielen, et al., 2014).
- La standardisation de la formation des interprètes en milieu de la santé et leur certification serait un moyen d'assurer la qualité de ces services (VanderWielen et al., 2014; Arocha & Joyce, 2013).
- Le mentorat et la présence d'une communauté de pratique pour les interprètes en santé sont des moyens efficaces pour maintenir les habilités et développer des nouvelles compétences (Avalos et al., 2013).

# Compétences attendues

- Winnipeg Regional Health Autority, 2012 :
  - Faire preuve de respect et de confidentialité;
  - Avoir complété une formation professionnelle;
  - Maîtriser les deux langues (terminologies spécialisées et informelles);
  - Pouvoir faire face aux dilemmes éthiques et réagir rapidement (prises de décision fondées sur code d'éthique et des standards de pratique).

# Organisation des services

- Au *Winnipeg Regional Health Authority*, la pratique d'interprétariat est encadrée par un code d'éthique et des standards de pratique (WRHA, 2012).
- Les interprètes du WRHA sont des employés du réseau de la santé et des membres à part entière de l'équipe de soins. Il est attendu d'eux qu'ils identifient toutes problématiques reliées à la sécurité (WRHA, 2012).
- Une tendance prend forme quant à la centralisation de tous les services linguistiques afin d'offrir un accessibilité uniforme et coordonné à tous les besoins d'interprétariat (Bowen, 2004).
- Les services d'interprètes Accès linguistique de la WRHA ont reçu la mention « Pratique exemplaire » d'Agrément Canada; ils constituent un modèle « fondé sur des données probantes ».

# Organisation des services [suite]

- Selon Bowen (2014) la plupart des services d'interprétariat dans les milieux de santé présentent les lacunes suivantes :
  - Absence de politique ou procédure encadrant les services d'interprétariat
  - Aucune attente adressée aux professionnels par la direction quant au recours aux services d'interprétariat. Absence de sensibilisation aux risques de ne pas utiliser d'interprètes.
  - Le manque d'accès aux services d'interprètes professionnels et la tendance à se fier aux interprètes ad hoc
  - Lacune quant aux informations accessibles aux usagers sur les services disponibles
  - Manque de coordination des services d'interprétariat
  - Aucune consignation des données quant à l'utilisation ou au profil des utilisateurs des services d'interprétariat
  - Absence d'évaluation des services offerts (impact, qualité)

# Le rôle de l'interprète médical

- Absence de consensus sur le rôle des interprètes dans le milieu de la santé (Sleptsova *et al.*, 2014)
  - Toutefois, plusieurs études dénotent que le simple rôle de « **transmission du message** » en interprétariat est **insuffisant** et doit être complété par d'autres fonctions, notamment celle du courtage culturel
  - L'interprète professionnel doit être un **courtier des intérêts de l'usager**, agir comme un médiateur entre les professionnels de la santé et l'usager et aider ces derniers à comprendre les différences culturelles (Sleptsova *et al.*, 2014; WRHA, 2012)

# Le rôle de l'interprète médical [suite]

- La grande force de l'interprète est sa capacité d'établir le pont entre deux cultures (Industrie Canada, 2007)
- L'interprète doit informer toutes les parties prenantes du processus d'interprétariat lorsqu'il entreprend un rôle en-dehors de sa fonction première d'interprète (WRHA, 2012; Industrie Canada, 2007).

# Question

Un service d'interprétariat et de navigation en milieux de soins de santé pour les membres des communautés en situation linguistiques minoritaires

**entraine-t-il**

une amélioration de l'accès à des services de santé sécuritaires et de qualité?

**?**

# Bénéfices de l'interprétariat

- L'utilisation d'un **interprète professionnel** (WRHA, 2012) :
  - accroit la qualité des soins;
  - est bénéfique pour la sécurité de l'usager;
  - améliore la gestion des risques;
  - permet une meilleure utilisation des ressources;
  - augmente la satisfaction tant de l'usager que du professionnel de la santé.

# Bénéfices de l'interprétariat [suite]

- Il existe peu de données consensuelles sur la question de la **satisfaction des usagers** ayant recours à des services d'interprétariat (Flores, 2005):
  - Une étude a révélé que les patients ayant bénéficiés des services d'interprètes sont aussi satisfaits que ceux ayant eu accès à des professionnels de la santé bilingues;
  - Les résultats d'une autre étude démontrent que les médecins étaient significativement plus satisfaits que les patients dans l'utilisation d'un service d'interprétariat téléphonique.

# Bénéfices de l'interprétariat [suite]

- Les résultats d'une étude ont montré que les usagers ayant recours au service d'interprète professionnel avaient **plus de suivis en première ligne par la suite et moins de retours à l'urgence** (Bernstein et al., 2002)
- Les auteurs d'une revue de littérature concluent que l'utilisation d'interprètes professionnels semble **améliorer la qualité des soins** pour approcher ou égaler celle des patients qui n'ont pas de barrière linguistique (Ginde et al., 2009)

# Limites en fonction du type d'interprétariat

- La recherche a démontré que l'utilisation d'interprètes *ad hoc* ou de membres de la famille [ interprète de circonstance; interprète non qualifié ] peut mener à des **erreurs médicales** dues à des **omissions ou mauvaises interprétations** (Lindholm et al., 2012)
- L'utilisation de personnel soignant non-formé [interprète non qualifié ] à l'interprétariat est jugée comme étant une pratique non-souhaitable compte tenu du **stress additionnel** que cela occasionne pour ce personnel (Bowen, 2004, Léonard 2012 )
- L'utilisation d'interprètes par conférence-web ou visio-conférence est synonyme de **logistique plus complexe** (organisation des salles), nécessite une familiarisation avec l'utilisation des logiciels, exige un accès internet fiable et rapide (Léonard, 2012)

# Limites en fonction du type d'interprétariat

- L'utilisation d'interprètes non formés [ interprète de circonstance; interprète non qualifié ] en **psychiatrie** pose certains risques tels que la normalisation de certains symptômes psychiatriques et la **sous-estimation du risque suicidaire** (Flores, 2005)
- En psychiatrie, même en présence d'un interprète professionnel, formé en interprétariat médical [ interprète médical sur place ], des erreurs peuvent se produire, compte tenu du **niveau de sensibilité de la terminologie** associée à ce domaine(Flores, 2005)
- Plusieurs études indiquent que la **qualité des soins est inférieure** lors du recours aux interprètes ad hoc [ interprète de circonstance; interprète non qualifié ] en raison du potentiel d'erreurs médicales plus élevé, davantage lorsque les interprètes sont les enfants du patients (Flores, 2005)

# Conditions gagnantes et mises en garde

- Un interprète ne devrait pas avoir à obtenir le **consentement** pour une intervention médicale ou servir de témoin à la signature du consentement (HIN, 2010)
- L'utilisation d'un interprète professionnel **dès l'admission** est particulièrement cruciale puisque l'anamnèse médicale et l'ensemble de l'historique de l'usager représentent approximativement 70% des informations nécessaires pour effectuer un bon diagnostic (Lindholm et al., 2012)
- L'utilisation d'interprète dans le contexte du milieu de l'**urgence** est particulièrement important puisque les communications justes et efficaces sont nécessaires pour assurer un bon diagnostic (Ginde et al, 2009)

# Meilleures pratiques

Sommaire des **12** éléments essentiels issus de consensus internationaux en matière d'interprétariat (Bowen, 2004) :

1. Présence d'une politique et de standards assurant des services d'interprétariat gratuits, dans tous les points de services à toute heure. La formation des interprètes est requise.
2. L'obligation des prestataires de soins d'avoir recours aux services d'un interprète quand des barrières linguistiques sont présentes – la procédure d'accessibilité aux services est clairement détaillée et connue.
3. Les prestataires de soins sont formés pour travailler avec les interprètes.
4. L'existence de lignes directrices pour communiquer via l'interprète.

# Meilleures pratiques[suite]

5. Seulement des interprètes formés sont utilisés : la famille et amis sont seulement utilisés à la demande de l'usager, les employés peuvent faire de l'interprétariat seulement s'ils ont reçu une formation à cet effet et qu'il s'agit d'une situation particulière (urgence).
6. La formation pour les interprètes inclus une orientation des programmes de soins, un volet sur l'éthique, une révision de la terminologie médicale et un rappel des compétences reliées à l'interprétariat.
7. La formation pour les interprètes doit être d'un minimum de 40 heures.
8. Les usagers reçoivent de l'information quant à leurs droits au regard des services d'interprétation.

# Meilleures pratiques[suite]

9. La gouvernance des services d'interprétariat relève de la haute direction.
10. Des données sont consignées sur les demandes au service (langues demandées; le prestataire de soins demandeurs, type d'interprétariat, etc.).
11. Le profil de poste de l'interprète doit être reconnu.
12. Un processus d'évaluation pour les services d'interprétariat est en place.

# Tableau synthèse

(Guide de l'American Medical Association à l'intention des professionnels de la santé. Adaptation de Hsieh 2006)

| Type d'interprète | Disponibilité | Professionnalisation (éthique) | Niveau d'appréciation des patients | Qualité de l'interprétation | Contexte approprié |
|---|---|---|---|---|---|
| 1) De circonstance (famille et amis) | Modérée-Élevée | Faible | Variable | Faible | À faible risque |
| 2) Non-qualifié (employés bilingue) | Variable | Faible | Faible-Modéré | Faible | À faible risque |
| * Employé formé | Faible-Modérée | Modérée-Élevée | Modéré | Modérée-Élevée | À risque modéré ou élevé (selon la formation) |
| 3) Professionnel de la santé bilingue | Variable | Modérée-Élevée | Élevé | Modérée-Élevée | Tous |
| 4) Sur place (formé) | Variable | Élevée | Modéré-Élevé | Élevée | Tous |
| 5) Par téléphone (formé) | Élevée | Modérée-Élevée | Modéré | Élevée | Tous |

# La navigation dans le système de santé, un concept apparenté à l'interprétation ?

- Une approche conçue afin d'améliorer l'accès aux services de santé (Broeckaert et al., 2014):
  - Aider le patient à obtenir les soins dont il a besoin indépendamment de la race, du sexe, du statut socio-économique et d'autres facteurs qui auraient pu avoir pour effet de nuire à la qualité des services reçus
  - Identifier et de réduire les barrières rencontrées qui nuisent à la qualité et à la disponibilité des soins requis, en temps opportun
  - Procurer un soutien individualisé au patient, pouvant inclure la prise de rendez-vous, le transport, l'accompagnement, le counseling, etc.

# Le concept de navigation

- Né de la volonté d'apporter un appui aux patients atteints de cancer et du sida.
- S'est étendu par la suite aux patients vivant avec un important problème de santé mentale ou une maladie chronique.
- A pour objectif d'identifier et de répondre aux besoins de soutien manifestés par les patients, de même que de les accompagner dans la compréhension et la négociation requise pour s'orienter dans un système de santé fragmenté.

# Les différents modèles de navigation

(Bowes, 2010)

- La navigation professionnelle (clinique)
- La navigation non professionnelle par des pairs ou des bénévoles
- La navigation virtuelle (« self navigation »)
- La navigation fondée sur une approche populationnelle

# La navigation professionnelle (clinique)

Qui sont-ils?

- Professionnels de la santé disposant d'une expertise et d'une expérience particulières au regard de la maladie dont souffrent les patients et qui accomplissent leur fonction dans le cadre du système de santé

Leur rôle?

- Intégrés aux établissements de santé
  - Superviser les traitements
  - Procurer de l'information et du soutien au patient et à sa famille
  - Interagir avec les autres professionnels de la santé
  - Participer à la prise de décision
- Basés dans la communauté
  - Guider les patients dans les programmes et services offerts par les établissements de santé et le secteur communautaire
- Rôle commun
  - Être le point de contact centralisé pour le patient et sa famille

# La navigation non professionnelle par des pairs ou des bénévoles

Qui sont-ils?

- Des bénévoles qui ont suivi une formation leur permettant de soutenir adéquatement, dans leurs interactions avec le système de santé, des patients atteints d'une maladie dont, en général, ils ont eux-mêmes souffert.

Leur rôle ?

- Guider les patients et trouver des solutions pour contourner les difficultés d'accès aux services
- Procurer du soutien face aux problèmes émotionnels, financiers et administratifs vécus par les patients
- Développer des relations avec les fournisseurs de services
- Assurer, auprès des patients, un suivi des démarches entreprises
- Portée de moindre envergure que la navigation professionnelle
- Centrée sur les réponses aux besoins exprimés par les patients
- Aucun conseil médical, évaluation du patient ou aide directe à la prise de décision

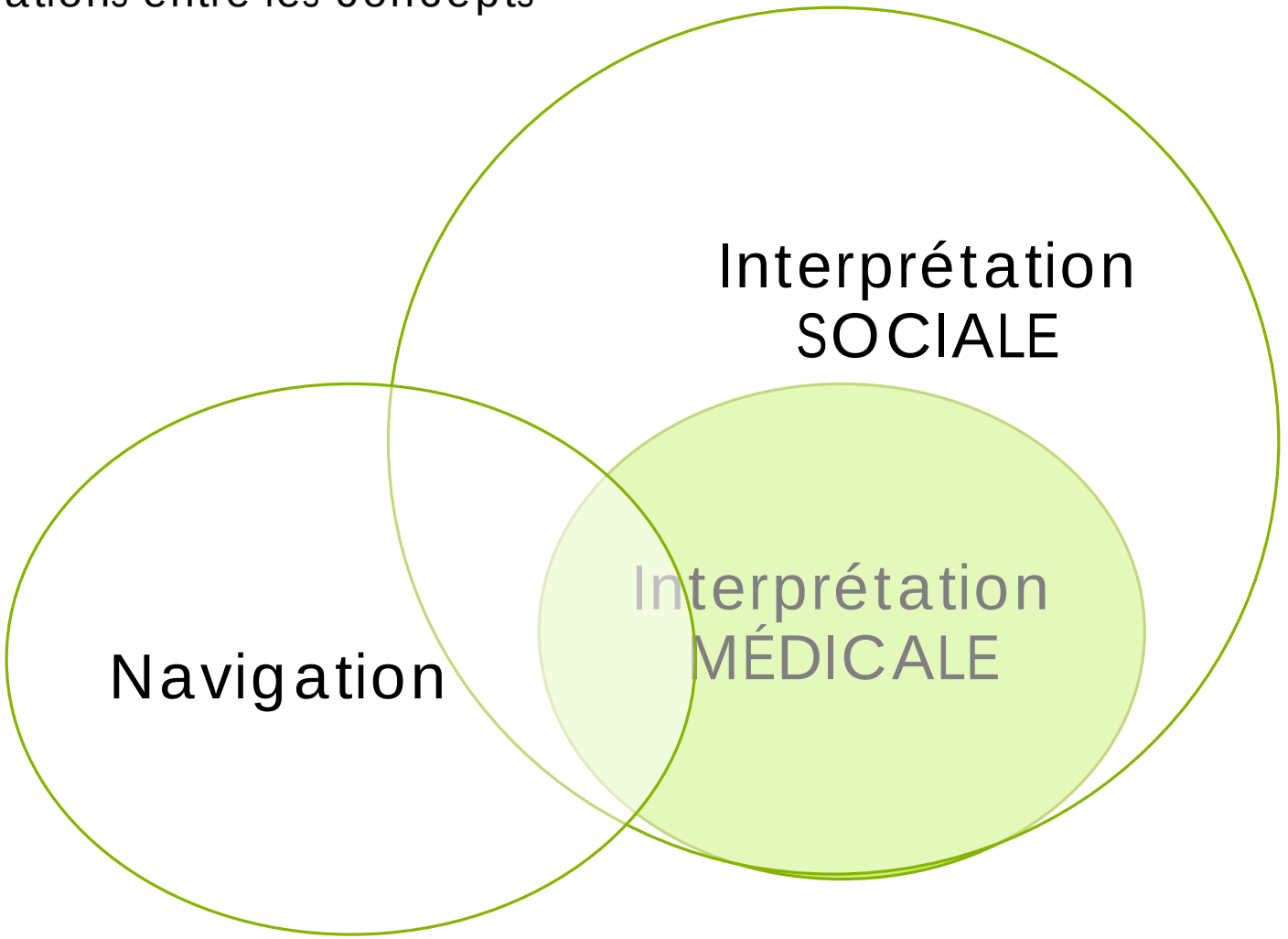
# La navigation virtuelle ou « self navigation »

- Elle relève du patient qui, avec les outils d'information créés pour la consultation en ligne, trouvent eux-mêmes les réponses aux questions qu'ils se posent.
  - *Exemple : la Trousse Accès conçue par le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario. Un site Web créé en 2010 pour les francophones du Nord de l'Ontario afin de les aider à planifier les déplacements que nécessite leur accès à des services de santé en français.*

# La navigation fondée sur une approche populationnelle

- Une approche globale visant des populations marginalisées et défavorisées, aux repères culturels différents (Dicker, 2009)
  - *Exemple : Aboriginal Patient Navigator Program pour les populations autochtones de Terre-Neuve-et-Labrador*

Interrelations entre les concepts



# Conclusion

- Pour faire un choix judicieux dans l'offre de service d'interprétariat il est important de tenir compte des **besoins spécifiques de la population cible** ainsi que, selon Bowen (2004) et Léonard (2012):
  - Des services déjà en place dans la communauté.
  - De la taille et de l'éloignement des populations à desservir.
  - De l'urgence de la situation.
  - De l'importance de préserver la confidentialité
  - De l'importance de la communication non verbale.
  - De la disponibilité des professionnels de la santé bilingues.

# Conclusion [suite]

- Comprendre la complexité du rôle de l'interprète en milieu social: un médiateur plus qu'un traducteur formel d'une communication verbale (Hsieh, 2006).
  - Met en évidence le rôle de l'interlocuteur, à savoir le professionnel de la santé, dans le succès d'une communication à trois;
  - Constitue une piste pour développer des stratégies de communication efficaces en fonction du type d'interprète en présence.

# Références


Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, & Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles. (2008). Banques d'interprètes au Québec. Étude comparative (p. 88). Trois-Rivières: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

American Medical Association. Office guide to communicatig with limited English proficient patients. Second editio. www.ama-assn.org/go/healthdisparities

Arocha, I., & Joyce, L. (2013). Patient safety, professionalization, and reimboursement as primary drivers for national medical interpreter certification in the United States. Translation & Interpreting, 5(1), 127-141.

Avalos, O. H., Pennington, K., & Osterberg, L. (2013). Revolutionizing volunteer interpreter services: an evaluation of an innovative medical interpreter education program. Journal of General Internal Medicine, 28(12), 1589-1595.

Berstein, J., Bernstein E., Dave, A., Hardt, E., James, T., Linden, J., et al. (2002). Trained medical interpreters in the emergency department: effects on services, subsequent charges, and follow-up. Journal of Immigration and Health, 4: 171-176.

Bowen, S. (2004). Language barriers within the Winnipeg regional health authority: Office régional de la santé de Winnipeg. Accédé au http://torontohealthequity.ca/wp-content/uploads/2013/02/Language_Barriers_within_the_Winnipeg_Regional_Health_Authority_Evidence_and_Implications.pdf

Broeckaert, L., Challacombe, L. (2014). Health Navigation : A Review of Evidence. Prevention in Focus. Spotlight on programming and research, 1.

Bowes, P. Canadian Partnership against Cancer (2010), Guide to Implementing Navigation, 4.

Dicker, K., Murray, TJ, 2009. Aboriginal Patient Navigator Program. An Integrated Approach to Healthcare.

Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. Medical Care Research and Review, 62(3), 255-299.

Flores, G., Abreu, M., Barone, C. P., Bachur, R., & Lin, H. (2012). Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc vers no interpreters. Annals of Emergency Medicine, 60(5), 545-553.

Ginde, A. A., Clark, S., & Camargo, C. A. J. (2009). Language barriers among patients in Boston emergency departments: use of medical interpreters after passage of interpreter legislation. Journal of Immigrant Minority Health, 11, 527-530.

# Références [suite]


Healthcare Interpretation Network (2010). National standard guide for community interpreting services. Toronto: Healthcare Interpretation Network. Accédé au http://healthcareinterpretationnetwork.ca/publications/standards/

Hsieh, E. (2006). Understanding medical interpreters: reconceptualizing bilingual health communication. Health Communication, 20(2), 177-186.

Industrie Canada. (2007). Portrait de l'interprétation en milieu social au Canada: Industrie Canada. Accédé au http://publications.gc.ca/site/archivee-archived.html?url=http://publications.gc.ca/collections/collection_2007/ic/Iu44-54-2007F.pdf

Karliner, L.S., Jacobs, E.A., Chen, A.H. et Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited english proficiency ? A systematic review of the literature. Health Research and Educational Trust, 42(2): 727-754.

Léonard, G. (2012), Enjeux liés à l'intervention avec un interprète auprès des allophones, Les midis InterActions, 13.

Lindholm, M., Hargraves, J. L., Ferguson, W. J., & Reed, G. (2012). Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates. J Gen Intern Med, 27(10), 1294-1299. doi: 10.1007/s11606-012-2041-5

Okrainec, K., Miller, M., Holcroft, C., Boivin, J.-F., & Greenaway, C. (2014). Assessing the need for a medical interpreter: are all questions created equal ? Journal of Immigrant Minority Health(16), 756-760.

Sleptsova, M., Hofer, G., Morina, N., & Langewitz, W. (2014). The role of the health care interpreter in a clinical setting--a narrative review. J Community Health Nurs, 31(3), 167-184. doi: 10.1080/07370016.2014.926682

VanderWielen, L. M., Enurah, A. S., Rho, H. Y., Nagarkatti-Gude, D. R., Michelsen-King, P., Crossman, S. H., & Vanderbilt, A. A. (2014). Medical interpreters: improvements to address access, equity, and quality of care for limited-english-proficient patients. Academic Medicine, 89(10), 1324-1326.

Winnipeg Regional Health Authority (2013). Language access: Code of Ethics and Standards of Practice for Interpreters. 23 pages. Accédé au http://www.wrha.mb.ca/professionals/language/files/EthicsCode.pdf

Merci !