



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Guide pour l'élaboration du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou www.msss.gouv.qc.ca section Publications

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISBN : 978-2-550-80519-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2018



Coordination et rédaction

Mylène Kosseim, consultante

Ghislaine Prata, consultante

Iannick Martin, coordonnateur à l'accès aux services en langue anglaise

Le présent guide est le résultat du projet « Recommandations pour la révision du Guide pour l'élaboration du Programme d'accès aux services de santé », réalisé en partenariat avec le Réseau communautaire de santé et de services sociaux.

Remerciements

Les membres du comité consultatif

Nancy	Bilodeau	Conseillère aux affaires corporatives Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord
-------	----------	---

Norma	Husk	Membre Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise
-------	------	---

Mylène	Kosseim	Consultante Réseau communautaire de santé et de services sociaux
--------	---------	---

Iannick	Martin	Coordonnateur Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise Ministère de la Santé et des Services sociaux
---------	--------	---

Brigitte	Paquette	Adjointe au président-directeur général adjoint Soutien à la communauté anglophone Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
----------	----------	--

Ghislaine	Prata	Consultante Réseau communautaire de santé et de services sociaux
-----------	-------	---

Annie	Vienney	Répondante dossiers autochtones, langue anglaise, Communautés culturelles Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
-------	---------	---

Appui et collaboration

Monsieur Pierre Lafleur, sous-ministre adjoint à la Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et secrétaire du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

Madame Marie-Pierre Bérubé, coordonnatrice du Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles

Monsieur Jean-Philippe Vézina, consultant pour le Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles

Le Réseau communautaire de santé et de services sociaux, plus particulièrement madame Jennifer Johnson et monsieur Jim Carter

SIGLES ET ACRONYMES

CEA	Communauté d'expression anglaise
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
ENM	Enquête nationale auprès des ménages
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRP	Initiative de réseautage et de partenariats
LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PLOP	Première langue officielle parlée
RCSSS	Réseau communautaire de santé et de services sociaux
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTS	Réseau territorial des services
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SSMEFNB	Société santé et mieux-être en français du Nouveau-Brunswick



Dans le présent Guide :

- ✚ Le terme « établissement » signifie :
 - un centre intégré de services de santé et de services sociaux ou;
 - un centre intégré universitaire de services de santé et de services sociaux ou;
 - un établissement universitaire non fusionné en vertu de la Loi modifiant l'organisation et la gestion du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (LMRSSS).
- ✚ Le terme « installation » désigne à la fois :
 - une installation exploitée par un établissement;
 - un établissement regroupé à un centre intégré.

Pour plus de précisions, voir le lexique du Guide.



TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ACRONYMES.....	1
AVANT-PROPOS.....	1
CHAPITRE 1. ASSISES ET OBJECTIFS DU GUIDE.....	2
1.1. L'IMPORTANCE DE L'ACCÈS LINGUISTIQUE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	2
1.2. OBJECTIFS DU GUIDE.....	4
CHAPITRE 2. CONTEXTES LÉGAL ET ORGANISATIONNEL.....	5
2.1 CONTEXTE LÉGAL	5
2.2 CHARTE DE LA LANGUE FRANÇAISE	8
2.3 CONTEXTE ORGANISATIONNEL	9
CHAPITRE 3. PROGRAMME D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE.....	11
3.1. DÉFINITION	11
3.2. BUT	12
3.3. OBJECTIFS.....	12
3.4. ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES PRIVILÉGIÉES	12
3.5. RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS COLLABORATEURS EN CE QUI CONCERNE LES PROGRAMMES D'ACCÈS	14
3.6. DÉMARCHE	16
3.7. ÉLABORATION DU PROGRAMME D'ACCÈS (VOIR SECTIONS 3.7.1 ET SUBSÉQUENTES POUR UNE DESCRIPTION DÉTAILLÉE).....	16
3.8 AVIS, ADOPTION ET APPROBATION DU PROGRAMME D'ACCÈS	28
3.9 SUIVI ET ÉVALUATION DU PROGRAMME D'ACCÈS	29
LEXIQUE.....	31
LISTE DES ANNEXES.....	34
BIBLIOGRAPHIE.....	82

AVANT-PROPOS

À la suite de l'adoption, le 1^{er} avril 2015, de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre 0-7.2) (LMRSSS) et la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, il incombe à chaque établissement de santé et de services sociaux d'élaborer un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour la population d'expression anglaise de son territoire.

Pour tenir compte des transformations récentes du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), le Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise a entrepris au printemps 2016, en collaboration avec le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS), le projet « Recommandations pour la révision du Guide pour l'élaboration du programme d'accès aux services de santé ». Le présent document en est le résultat.

Ce Guide remplace le « Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise », publié en 2006. Il offre aux établissements une démarche d'élaboration d'un programme d'accès qui tient compte des besoins de la population d'expression anglaise et qui est conforme au cadre législatif et réglementaire.

Nous sommes convaincus que la collaboration entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les représentants de la communauté d'expression anglaise, en l'occurrence le RCSSS, permettra l'élaboration de programmes d'accès qui amélioreront l'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour la population d'expression anglaise du Québec.

CHAPITRE 1. ASSISES ET OBJECTIFS DU GUIDE

Le présent Guide offre aux établissements un cadre commun à l'échelle nationale. Il est structuré pour les accompagner dans la démarche d'élaboration de leur programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise (ci-après nommé programme d'accès).

Il prend en considération trois principes importants :

- ✚ le lien entre une bonne communication et la réussite des interventions cliniques;
- ✚ les besoins, exprimés par la communauté de langue anglaise, en ce qui concerne l'accès aux services de santé et aux services sociaux dans leur langue;
- ✚ l'évaluation des résultats dans un contexte d'amélioration continue.

1.1. L'IMPORTANCE DE L'ACCÈS LINGUISTIQUE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Les anglophones unilingues et ceux qui ont une connaissance minimale du français sont plus susceptibles que leurs homologues francophones d'être dans une situation où simultanément ils sont en mauvaise santé et n'ont eu aucun recours aux services de santé¹.

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, l'accès à l'information en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise est essentiel à leur participation à la planification et à la mise en œuvre des programmes-services, sur le plan collectif, et à leur participation au traitement d'une intervention clinique réussie, sur le plan individuel.

Les services de santé et les services sociaux qui sont linguistiquement mal adaptés peuvent entraîner des erreurs médicales graves². La littérature scientifique contient de nombreux exemples de barrières linguistiques ayant compromis l'accessibilité et la qualité des services de santé et des services sociaux, entre autres des erreurs de médicaments, de mauvais diagnostics et une exposition inutile aux risques.

Dans de tels contextes, il est évident qu'une communication claire entre l'intervenant de la santé et des services sociaux et l'utilisateur est indispensable à la qualité et à la sécurité des services donnés³.

¹ Falcone, J. et Quesnel-Vallée, A. Les disparités d'accès aux soins de santé parmi la minorité de langue officielle au Québec. Recherches sociographiques, LV, 3, 2014 : (SCSS).

² Bowen, Sarah. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Santé Canada, 2001. www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php

³ Aucoin, L. Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé : analyse critique de la littérature. Rapport présenté à la Société santé en français. 15 mai 2008.

Outre le risque à la sécurité qu'entraînent les barrières linguistiques lors de la prestation de services, les personnes d'expression anglaise ayant une connaissance limitée du français ont plus de difficultés que les autres à naviguer dans le RSSS. L'encadrement de la communication avec les personnes d'expression anglaise assure l'exactitude des informations échangées, le consentement éclairé et le respect de la confidentialité en tout temps. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) constate qu'une mauvaise communication avec les usagers de langue anglaise entraîne des visites plus longues et moins fréquentes aux cliniques, des visites plus nombreuses au service d'urgence, moins de suivis, une plus grande insatisfaction quant aux services reçus, une hospitalisation plus fréquente et des examens médicaux plus nombreux, augmentant ainsi le coût des services⁴.

Les initiatives d'amélioration de la qualité des services et de réduction du taux d'erreurs médicales ne peuvent faire fi de l'importance d'une communication fidèle et efficace entre les prestataires de services de santé et de services sociaux et leurs usagers d'expression anglaise.

Outre les exigences légales, les prestataires de services sont tenus d'offrir ces derniers de façon à ce que les usagers puissent les comprendre, à défaut de quoi ces services pourraient entraîner des problèmes de nature éthique. Ces problèmes de nature éthique peuvent prendre plusieurs formes⁵ :

-  le défaut de fournir des services conformes à la norme appliquée aux services donnés à d'autres usagers;
-  le défaut d'assurer adéquatement le consentement éclairé des usagers aux traitements qu'ils subissent.

Une communication efficace s'impose également en ce qui concerne les initiatives de promotion de la santé et de prévention de la maladie afin que les personnes d'expression anglaise puissent participer pleinement au maintien de leur santé⁶.

Le programme d'accès est essentiel pour soutenir les établissements et le personnel dans l'offre de services à la communauté d'expression anglaise.

⁴ Ouimet, A.-M., Trempe, N., Vissandjée, B. et Bourdon, J.-F. Adaptation linguistique des soins et des services de santé : enjeux et stratégies. INSPQ, janvier 2013.

⁵ Bowen, Sarah. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Santé Canada, 2001.
www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php

⁶ Office régional de la santé de Winnipeg. *Regional Interpreter Services - Language Access Policy*, juillet 2013.
wrha.mb.ca/about/policy/files/10.40.210.pdf

1.2. OBJECTIFS DU GUIDE

Le présent Guide a pour objectifs :

-  d'assurer la conformité des programmes d'accès au cadre législatif et réglementaire en vigueur au Québec;
-  de favoriser l'harmonisation dans l'approche, la mise en œuvre, l'actualisation et l'évaluation des programmes d'accès dans l'ensemble des établissements publics au Québec tout en respectant les particularités des besoins des communautés d'expression anglaise en matière d'accès linguistique aux services et dans les différentes régions;
-  de soutenir les responsables du programme d'accès et la direction des établissements dans la sensibilisation et la mobilisation du personnel afin que le programme d'accès soit intégré à l'ensemble des activités des établissements;
-  d'outiller les responsables du programme d'accès pour qu'ils puissent élaborer des programmes d'accès qui répondent aux besoins de la communauté d'expression anglaise;
-  de favoriser l'élaboration de programmes d'accès :
 - rigoureux,
 - complets,
 - efficaces;
-  de proposer des indicateurs à des fins d'appréciation des programmes d'accès et de leur efficacité.

CHAPITRE 2. CONTEXTES LÉGAL ET ORGANISATIONNEL

2.1 CONTEXTE LÉGAL

2.1.1 Organisation des services de santé et des services sociaux

L'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2) (LMRSSS), le 1^{er} avril 2015, a mené à l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux, à la création d'établissements à mission élargie et à l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques. Cette loi modifie l'organisation et la gouvernance du RSSS, afin de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services et d'accroître l'efficacité et l'efficacités de ce réseau. C'est dans ce nouveau contexte que se situe le renouvellement des programmes d'accès.

Depuis le 1^{er} avril 2015, le nombre d'établissements du RSSS est passé de 182 à 34. De ce nombre, treize centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et neuf centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) sont responsables de la plupart des services de santé et des services sociaux au sein de leur réseau territorial de service. Dans chaque région du Québec, un centre intégré résulte de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et des établissements publics de la région. Toutefois, dans les régions de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, de la Montérégie et de Montréal, le nombre de centres intégrés est respectivement de deux, trois et cinq, dont un parmi eux a certains mandats anciennement confiés à l'agence régionale de sa région.

On compte aussi sept établissements non fusionnés en vertu de la LMRSSS, qui sont des centres hospitaliers universitaires ou des instituts universitaires qui n'ont pas été fusionnés à un centre intégré – à l'exception du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Sherbrooke, qui a été fusionné au CIUSSS de l'Estrie.

Pour plus d'information, veuillez consulter la page « Réorganisation du réseau » du site Web du MSSS à l'adresse :

<http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait>

2.1.2 Encadrement légal des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

Bien que la LMRSSS ait apporté des changements au mode d'organisation du réseau, l'encadrement légal du droit des personnes d'expression anglaise à

des services de santé et à des services sociaux en langue anglaise demeure largement inchangé.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ., chapitre S-4.2) (LSSSS)⁷ balise les droits des usagers et les responsabilités des établissements quant à l'organisation des services.

Les articles 4 à 16 de la LSSSS prévoient pour toute personne certains droits, dont ceux d'être informée de l'existence des services offerts et des ressources disponibles, de recevoir des services de façon personnalisée et de choisir le professionnel ou l'établissement où elle désire recevoir ces services.

Certains articles décrivent plus précisément l'exercice de ces responsabilités afin d'assurer aux personnes d'expression anglaise l'accès à des services dans leur langue. L'article 15 de la LSSSS, notamment, reconnaît pour les personnes d'expression anglaise « le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès ». De plus, selon l'article 76 de la LMRSSS, les établissements doivent désormais tenir compte des compétences linguistiques pour le recrutement ou l'affectation du personnel chargé de fournir les services aux personnes d'expression anglaise.

Les programmes d'accès constituent le mécanisme selon lequel s'applique la garantie législative d'accès de la population d'expression anglaise aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise, comme le stipule l'article 76 de la LMRSSS :

« Tout établissement public doit élaborer, dans les centres qu'il indique, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise ou, le cas échéant, conjointement avec d'autres établissements publics, élaborer un tel programme dans les centres qu'il indique et qui sont exploités par ces établissements. Le programme doit identifier les services accessibles en langue anglaise dans les installations indiquées. Un établissement public peut, avec l'accord d'un établissement privé conventionné, indiquer dans son programme d'accès des services pouvant être dispensés par cet établissement à ses usagers en vertu d'une entente. Le programme doit tenir compte des ressources humaines, matérielles et financières de l'établissement. »

Afin que les personnes d'expression anglaise puissent recevoir les services de santé et les services sociaux dont elles ont besoin en langue anglaise, certaines installations sont désignées pour offrir l'ensemble de leurs services en langue anglaise alors que d'autres sont indiquées pour offrir certains services en anglais.

⁷ Québec (Gouvernement du) (2006). Loi sur les services de santé et les services sociaux : RLRQ, chapitre S-4.2, Éditeur officiel du Québec, article 15.

Chaque établissement est chargé d'élaborer un programme d'accès pour sa clientèle d'expression anglaise. Le programme d'accès doit ainsi déterminer les services accessibles en langue anglaise dans ses installations. Le programme d'accès peut, le cas échéant, inclure des installations d'autres établissements publics ou privés conventionnés avec lesquels il existe une entente de service formelle.

Notons qu'à la suite de l'entrée en vigueur de la LMRSSS, la période de renouvellement des programmes d'accès et de leur approbation par le gouvernement est passée de trois ans à cinq ans.

Le programme d'accès de l'établissement doit inclure une liste de toutes les installations désignées en vertu de l'article 508 de la LSSSS. Selon cet article, le gouvernement peut en effet désigner parmi les établissements et les installations reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française⁸ ceux qui sont tenus de rendre accessibles aux personnes d'expression anglaise tous les services de santé et les services sociaux dans leur langue. À la lumière des modifications apportées par la LMRSSS à l'organisation et à la gouvernance du RSSS, la reconnaissance en vertu de cet article se maintient comme suit⁹ :

- ✚ si tous les établissements fusionnés ou regroupés détiennent une reconnaissance, le centre intégré est réputé avoir obtenu une telle reconnaissance; c'est le cas pour le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
- ✚ si la majorité des établissements fusionnés ou regroupés détiennent une reconnaissance, le centre intégré est réputé avoir obtenu une telle reconnaissance, sauf à l'égard des installations qui n'étaient pas reconnues; c'est le cas pour le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
- ✚ si un ou plusieurs des établissements fusionnés ou regroupés détiennent une reconnaissance, le centre intégré est réputé avoir obtenu une telle reconnaissance à l'égard des installations qui étaient reconnues; c'est le cas pour les CIUSSS de la Capitale-Nationale et de l'Estrie ainsi que pour les CISSS de l'Outaouais, de la Côte-Nord, de Laval, des Laurentides et de la Montérégie Ouest.

Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) maintient sa reconnaissance.

2.1.3 Encadrement légal des comités

Les articles 509 et 510 de la LSSSS prévoient respectivement la formation d'un Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise et la formation de comités régionaux. Le Comité provincial donne son avis au gouvernement sur la prestation de services de santé et des services sociaux en langue anglaise et sur l'approbation, l'évaluation et la modification des programmes d'accès. Les comités régionaux,

⁸ Voir le chapitre 2, section 2.2 pour plus d'information sur la reconnaissance par l'OQLF.
⁹ LMRSSS, articles 206-207.

pour leur part, donnent leur avis sur le ou les programmes d'accès de leur région respective.

LISTE DES ANNEXES

- Annexe A1 → Établissements reconnus en vertu de l'article 29.1
- Annexe A2 → Extrait de la LRMSSS – Articles liés aux services en langue anglaise

2.2 CHARTE DE LA LANGUE FRANÇAISE

Le contexte québécois se distingue au sein du Canada en ce qu'il comporte à la fois des mesures législatives de protection de la langue française de la majorité (ex. : reconnaissance du français comme langue officielle) et des mesures visant à garantir l'accès de la communauté linguistique d'expression anglaise aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise¹⁰.

L'Office québécois de la langue française (OQLF) doit reconnaître, à sa demande : « un établissement de services de santé et de services sociaux, lorsqu'il fournit ses services à des personnes en majorité d'une langue autre que le français¹¹ ».

Les organismes et les établissements **reconnus** en vertu de cet article doivent :

- ✚ s'assurer que leurs services au public sont disponibles dans la langue officielle;
- ✚ rédiger, dans la langue officielle, les avis, communications et imprimés destinés au public;
- ✚ élaborer les mesures nécessaires pour que leurs services au public soient disponibles dans la langue officielle;
- ✚ élaborer des critères et des modalités de vérification de la connaissance de la langue officielle aux fins de l'application du présent article¹².

Ces mesures, critères et modalités sont soumis à l'approbation de l'OQLF¹³.

¹⁰ Tremblay, S. et Prata, G. Étude sur les services de santé linguistiquement et culturellement adaptés : portrait pancanadien. Société santé et mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB), avril 2012.

¹¹ Charte de la langue française (RLRQ, chapitre C-11), article 29.1.

¹² Charte de la langue française (RLRQ, chapitre C-11), article 23.

¹³ Charte de la langue française (RLRQ, chapitre C-11), article 23.

Les organismes et les établissements **reconnus** en vertu de l'article 29.1 peuvent :

- ✚ afficher à la fois en français et dans une autre langue, avec prédominance du français¹⁴;
- ✚ utiliser à la fois la langue officielle et une autre langue dans leur dénomination, leurs communications internes et leurs communications entre eux; au sein de ces organismes et établissements, deux personnes peuvent, dans leurs communications écrites entre elles, utiliser la langue de leur choix; une version française de ces communications doit cependant être établie par l'organisme ou l'établissement à la demande de toute personne qui doit en prendre connaissance dans l'exercice de ses fonctions¹⁵.

Dans les services de santé et les services sociaux, les pièces versées aux dossiers cliniques sont rédigées en français ou en anglais à la convenance du rédacteur. Toutefois, il est possible pour chaque service de santé ou service social d'imposer que ces pièces soient rédigées uniquement en français. Les résumés des dossiers cliniques doivent être fournis en français à la demande de toute personne autorisée à les obtenir¹⁶.

2.3 CONTEXTE ORGANISATIONNEL

La LMRSSS confie aux centres intégrés la responsabilité de la santé des individus vivant sur leur territoire. Cette responsabilité s'applique particulièrement à l'accessibilité aux services et à l'efficacité des interventions. De plus, la responsabilité quant au renouvellement des programmes d'accès pour les personnes d'expression anglaise est dévolue aux établissements.

Les centres intégrés doivent tenir compte des particularités de l'ensemble de leur population, y compris des caractéristiques linguistiques de la population. À la lumière des responsabilités désormais confiées aux centres intégrés, une collaboration avec l'ensemble des partenaires du réseau régional s'avère essentielle.

Les établissements ayant une mission régionale ou suprarégionale, notamment les établissements non fusionnés¹⁷, doivent pour leur part tenir compte des besoins en matière d'accès aux services en langue anglaise pour l'ensemble de la population servie.

Au schéma de l'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec s'ajoutent les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) et les continuums de services selon les désignations ministérielles pour les services surspécialisés. Les RUIS sont des territoires de référence rattachés respectivement aux Universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke. Les

¹⁴ Charte de la langue française (RLRQ, chapitre C-11), article 24.

¹⁵ Charte de la langue française (RLRQ, chapitre C-11), article 26.

¹⁶ Charte de la langue française (RLRQ, chapitre C-11), article 27.

¹⁷ Les centres hospitaliers universitaires et les instituts universitaires non fusionnés en vertu de la LMRSSS.

RUIS ont été créés afin de favoriser la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de services, d'enseignement et de recherche des établissements de santé ayant une désignation universitaire et des universités auxquelles sont affiliés ces établissements¹⁸.

La poursuite des objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services de santé et des services sociaux est guidée par les principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services. Ces principes doivent se refléter dans les programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise de l'ensemble des programmes-services.

Pour que le programme d'accès atteigne son potentiel de succès, la participation et la responsabilisation de l'ensemble des directions et des cadres sont essentielles. Les directions cliniques, la direction des ressources humaines et la direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique ont toutes des rôles importants à jouer afin d'assurer l'élaboration, la mise en œuvre et l'amélioration continue d'un programme d'accès efficace qui répond aux besoins de la population d'expression anglaise.

Les directions cliniques, au fait des caractéristiques particulières de la population de leur territoire en matière de santé et de bien-être, contribuent à établir le portrait des besoins et des enjeux liés à la prestation de services à la population d'expression anglaise de ce territoire. Une fois le portrait de leur population établi, les établissements analysent les écarts à combler entre l'offre de services et les besoins, pour ensuite définir les cibles cliniques et organisationnelles prioritaires à intégrer au programme d'accès, visant l'adéquation entre les besoins relevés et l'accès aux services en langue anglaise.

Au-delà de l'engagement des gestionnaires de l'établissement, le conseil d'administration et le président-directeur général du centre intégré doivent promouvoir le développement d'un climat organisationnel qui reconnaît l'importance de l'accessibilité linguistique en tant que facteur contribuant à la qualité et à la sécurité des services.

LISTE DES ANNEXES

- Annexe A3 → Carte RUIS-RLS

¹⁸ Québec (Gouvernement du). Atlas de la Santé et des Services sociaux du Québec - Réseaux universitaires intégrés de santé. msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=86.

CHAPITRE 3. PROGRAMME D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE

Un programme d'accès repose sur une bonne connaissance des besoins de la communauté d'expression anglaise, un inventaire complet des ressources et des services accessibles en langue anglaise et une analyse des écarts à combler afin de pouvoir atteindre les objectifs d'accès, de continuité et de qualité de services en langue anglaise. Ainsi, la responsabilité rattachée au programme d'accès s'intègre à l'ensemble des mesures organisationnelles¹⁹ visant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services pour l'ensemble de la population.

Le présent chapitre permet aux établissements de suivre une approche commune à l'élaboration d'un programme d'accès qui tient compte des besoins de la population et qui est conforme au cadre législatif et réglementaire.

Le processus d'élaboration des programmes d'accès permet à un établissement de renforcer et de rafraîchir ses connaissances quant aux besoins de la communauté d'expression anglaise et quant aux écarts à combler en matière d'accessibilité, de continuité et de qualité des services de santé et de services sociaux liés aux barrières linguistiques auxquelles font face les personnes d'expression anglaise. Par ce processus, l'établissement consulte les personnes concernées (prestataires et clients) afin de bien connaître les besoins de la communauté d'expression anglaise en matière d'accès linguistique. La collecte et l'analyse des informations devraient se faire selon les programmes-services de l'établissement.

Précisons, ici, aux fins de ce document la définition des termes « **personne d'expression anglaise** » :

La personne d'expression anglaise est celle qui, dans ses relations avec un établissement qui dispense des services de santé ou des services sociaux, se sent plus à l'aise d'exprimer ses besoins en langue anglaise et de recevoir les services dans cette langue.

et « **service accessible en langue anglaise** » :

Un service est accessible en langue anglaise lorsque l'utilisateur qui en fait la demande peut recevoir ce service en langue anglaise, et ce, dans un délai jugé raisonnable.

3.1. DÉFINITION

Un programme d'accès indique la manière, le service et l'installation pour lesquels il y a une obligation de rendre les services de santé et les services sociaux accessibles en langue anglaise pour la population d'expression anglaise, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières de l'établissement.

¹⁹ Les mesures organisationnelles incluent les politiques et procédures organisationnelles en matière d'accès aux services en langue anglaise et les mécanismes de soutien au programme d'accès adoptés par l'établissement.

3.2. BUT

Le but d'un programme d'accès est d'assurer aux personnes d'expression anglaise l'accès à une gamme de services de santé et de services sociaux dispensés en langue anglaise par l'établissement. Ces services doivent être pertinents, complets autant que possible et le plus proche possible du milieu de vie des personnes d'expression anglaise.

3.3. OBJECTIFS

Les objectifs du programme d'accès sont les suivants :

- ✚ dresser le portrait des besoins sociosanitaires et des particularités des personnes d'expression anglaise de la région;
- ✚ déterminer les services de santé et les services sociaux requis pour répondre aux besoins reconnus et à ces particularités;
- ✚ faire l'analyse des écarts à combler pour atteindre les objectifs d'accès, de continuité et de qualité des services pour les personnes d'expression anglaise;
- ✚ déterminer les prestataires de services – en précisant les lieux indiqués et, s'il y a lieu, désignés²⁰ – qui ont l'obligation de rendre des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;
- ✚ définir les modes d'accès aux services en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise.

3.4. ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES PRIVILÉGIÉES

Ces orientations constituent des paramètres permettant à l'établissement de fixer des balises régionales afin d'élaborer son programme d'accès, et de déterminer les modes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise. Ces orientations s'appuient sur les principes fondamentaux du RSSS.

3.4.1 La responsabilité populationnelle

Les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local ou régional²¹ sont amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population. Ils doivent rendre accessible un ensemble de services le plus complet possible, en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la composent²².

²⁰ Les établissements doivent inclure dans le Programme d'accès les installations publiques désignées en vertu de l'article 508 de la LSSSS.

²¹ Les établissements publics non fusionnés ont un mandat régional ou suprarégional.

²² Les établissements non fusionnés font exception étant donné leur mandat.

3.4.2 La hiérarchisation des services

La complémentarité des services est nécessaire pour faciliter le cheminement des personnes d'un service à l'autre, suivant les mécanismes de référence utilisés par les intervenants. Ces mécanismes supposent qu'on puisse diriger les personnes vers des services de proximité et des services spécialisés et surspécialisés. Pour leur assurer des services en langue anglaise, l'établissement doit guider les personnes d'expression anglaise vers les services requis et les diriger vers l'endroit adéquat où elles pourront obtenir réponse à leurs besoins dans leur langue, tout en respectant les droits des personnes, les normes éthiques et les standards de pertinence et d'accès reconnus.

3.4.3 Le cheminement facilité de la personne dans le réseau

Une réponse adéquate aux besoins de chaque personne exige que le système effectue les adaptations nécessaires. Il n'incombe pas à l'utilisateur d'expression anglaise de naviguer dans le système pour recevoir les services dans sa langue, mais plutôt à ce dernier de l'accueillir, de clarifier avec lui ses besoins, de proposer la réponse la plus appropriée et de l'orienter vers un service adéquat. Une connaissance du programme d'accès permettra à l'intervenant d'orienter la personne d'expression anglaise vers le bon service, au bon moment. Un tel cheminement dépend en partie de la transversalité du programme d'accès au sein de l'établissement, assurée par la participation, la responsabilisation et la concertation d'un ensemble de directions.

3.4.4 L'intervention clinique réussie

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, il est reconnu que la langue de l'utilisateur est un outil essentiel pour assurer la réussite de l'intervention clinique. Pour recevoir des services adéquats, une personne d'expression anglaise, comme toute autre personne, a besoin d'écoute et de communication. Lorsque sa santé ou son bien-être est en cause, s'exprimer en anglais peut devenir un besoin, voire une nécessité. C'est par la reconnaissance de ce besoin et par une réponse adaptée et personnalisée que se définit une intervention clinique réussie. Pour améliorer la communication et la réponse aux besoins lors d'une intervention clinique, on doit s'assurer que l'information contenue dans le programme d'accès est connue et facile à utiliser pour l'intervenant qui doit répondre à l'utilisateur et le guider. L'intervenant doit pouvoir informer ce dernier de l'endroit où les services en langue anglaise pourraient lui être rendus et de la façon dont ils pourraient l'être. À cette fin, les modes d'accès aux services doivent être publics, et facilement accessibles aux intervenants et à toute personne désireuse de les consulter.

3.4.5 La participation des personnes d'expression anglaise

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, la participation des personnes aux plans d'intervention et aux plans de services ainsi qu'aux décisions affectant leur état de santé et de bien-être est nécessaire à la réussite des interventions. Sur le plan collectif, la participation des personnes issues des communautés d'expression anglaise est indispensable à l'élaboration d'un programme d'accès efficace. Dans chaque région ou territoire, le programme d'accès doit être le résultat d'une démarche qui assure la participation de personnes issues de ces communautés et qui leur permet d'exprimer leurs besoins à l'égard de la prestation des services en langue anglaise. Il incombe à l'établissement de prendre les moyens nécessaires afin de tenir compte de ces besoins dans l'organisation et la prestation des services.

3.5. RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS COLLABORATEURS EN CE QUI CONCERNE LES PROGRAMMES D'ACCÈS

Le **gouvernement du Québec** :

- approuve par décret le programme d'accès de chaque établissement.

Le **ministre de la Santé et des Services sociaux** :

- fixe la date à compter de laquelle les établissements doivent entreprendre la révision de leur programme d'accès;
- demande l'avis du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise (Comité provincial);
- dépose au Conseil des ministres un mémoire sur le programme d'accès de chaque établissement avec ses recommandations.

Le **ministère de la Santé et des Services sociaux** :

- maintient à jour le *Guide pour l'élaboration du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise*;
- apprécie le degré de conformité aux critères retenus dans son analyse des programmes d'accès;
- transmet au ministre son analyse et son appréciation des programmes d'accès, en tenant compte de l'avis du Comité provincial;
- met au point des indicateurs de suivi et d'évaluation du programme d'accès avec la collaboration des établissements.

Le **Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise** :

- donne au gouvernement son avis sur l'approbation, l'évaluation et la modification par le gouvernement de chaque programme d'accès, en l'acheminant au ministre de la Santé et des Services sociaux;
- entreprend les consultations qu'il juge appropriées pour l'élaboration de son avis; aux mêmes fins, il sollicite des opinions et reçoit et entend les requêtes et suggestions de personnes, d'organismes ou d'associations.

Le Comité régional pour les programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise :

- donne des avis au président-directeur général de l'établissement²³ sur les objets suivants :
 - ✚ le ou les programmes d'accès élaborés par le ou les établissements de la région conformément à l'article 76 de la LMRSSS;
 - ✚ l'évaluation de ce programme ou de ces programmes d'accès et, le cas échéant, les suggestions de modifications à apporter.

L'établissement :

- nomme un responsable du programme d'accès;
- collecte des renseignements et des données au sujet de la population d'expression anglaise et de ses besoins en matière d'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise;
- produit l'inventaire des services accessibles en langue anglaise à la population servie;
- définit l'offre des services accessibles en langue anglaise et détermine les prestataires des services en langue anglaise;
- définit les modalités à mettre en place pour rendre accessibles les services en langue anglaise, incluant les mécanismes de référence des patients par les intervenants vers un service ou un autre et les contributions attendues des différents partenaires du réseau local;
- élabore le programme d'accès de sa région en collaboration avec les partenaires de son réseau territorial de services (RTS) (centres hospitaliers universitaires, cliniques, groupes de médecine de famille, cliniques réseaux, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.) et d'autres établissements dans d'autres régions ainsi qu'avec les représentants de la population d'expression anglaise;
- demande la participation du Comité régional au processus d'évaluation et de modification du programme d'accès et demande l'avis du Comité régional à propos du programme d'accès à soumettre au gouvernement;
- recommande par une résolution du conseil d'administration le programme d'accès de sa région devant être soumis au gouvernement pour approbation;
- transmet au MSSS le programme d'accès et les renseignements demandés aux fins d'analyse et d'appréciation de ce programme ainsi que les autres documents requis;
- une fois le programme adopté par décret du gouvernement, informe les personnes d'expression anglaise de sa région des services et des modes d'accès inscrits au programme d'accès;
- assure le suivi du dossier, incluant la communication, l'évaluation et l'amélioration du programme d'accès;

²³ Dans les régions ayant plus d'un établissement public (Montréal, Montérégie, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Capitale-Nationale), le Comité régional relève du centre intégré ayant le mandat anciennement confié à l'agence régionale, lequel se charge de la coordination de l'obtention de l'avis du Comité régional sur les programmes d'accès de la région concernée. Chaque établissement demeure responsable de recommander son Programme d'accès par la résolution de son propre conseil d'administration et de le transmettre au MSSS.

- entreprend le renouvellement du programme d'accès, au moins tous les cinq ans.

3.6. DÉMARCHE²⁴

- Le **ministre** s'assure que la révision des programmes d'accès a lieu au moins tous les cinq ans. Il en fait l'annonce s'il y a lieu.
- L'**établissement** élabore son programme d'accès à l'aide du présent Guide.
- Le **MSSS** reçoit les propositions des programmes d'accès accompagnées des renseignements demandés.
- Le **Comité provincial** reçoit un exemplaire des programmes d'accès et des renseignements qui les accompagnent. Il consulte au besoin les instances concernées de la région, et il adresse son avis sur chaque proposition au ministre pour dépôt au gouvernement (voir annexe A4).
- Le **MSSS** analyse, à partir des critères d'appréciation, le programme d'accès adopté par le conseil d'administration de chacun des établissements et transmet au ministre son appréciation en tenant compte de l'avis du Comité provincial.
- Le **ministre** dépose au Conseil des ministres un mémoire sur le programme d'accès de chaque établissement avec ses recommandations, accompagné de l'avis du Comité provincial.
- Le **gouvernement** approuve, par décret, le programme d'accès de chaque établissement.
- L'**établissement** communique les modes d'accès aux services en langue anglaise, par programme-service, au personnel de l'établissement et à ses partenaires.
- L'**établissement** fait le suivi et l'évaluation de son programme d'accès afin de s'assurer que les membres de la communauté d'expression anglaise sur son territoire ont accès aux services dans leur langue pour l'ensemble des programmes-services.
- L'**établissement** révisé son programme d'accès tous les cinq ans au moins ou à la demande du ministre.

3.7. ÉLABORATION DU PROGRAMME D'ACCÈS (voir sections 3.7.1 et subséquentes pour une description détaillée)

L'**établissement** élabore son programme d'accès à l'aide du présent Guide et utilise les documents prévus à cet effet (voir annexe A5 et annexes A5.1 à A5.4).

²⁴ Voir figure 1, page 30.

Pour ce faire, l'établissement :

- A. prépare son plan de travail;
- B. dresse le portrait des besoins de santé et de bien-être de la population d'expression anglaise du territoire à l'aide de données (d'indicateurs) permettant d'établir les profils démographiques, socioéconomiques, sociosanitaires et d'utilisation des services;
- C. fait l'inventaire des services actuellement accessibles en langue anglaise pour répondre aux besoins de la communauté d'expression anglaise, et ce, aux niveaux local, régional et interrégional; l'inventaire se fait selon les programmes-services;
- D. analyse les écarts à combler pour atteindre les objectifs d'accès et de continuité des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, selon les programmes-services;
- E. définit les modes d'accès aux services en langue anglaise qui feront l'objet du programme d'accès;
- F. rédige son programme d'accès en se basant sur le gabarit suggéré et en joignant les annexes demandées;
- G. obtient l'avis du Comité régional sur le programme d'accès;
- H. fait adopter le programme d'accès par une résolution de son conseil d'administration;
- I. transmet sa proposition de programme d'accès au MSSS en vue d'une approbation par le gouvernement, et ce, à la date prévue à cette fin.

ÉLABORATION DU PROGRAMME D'ACCÈS – Établissements désignés

La démarche d'élaboration du programme d'accès des établissements **dont la totalité des installations est reconnue** en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française et désignée en vertu de l'article 508 de la LSSSS peut être simplifiée. En effet, ces établissements ont l'obligation de rendre accessibles aux personnes d'expression anglaise tous les services de santé et les services sociaux dans leur langue. Conséquemment, les étapes C, D et E (l'inventaire des services accessibles en anglais, l'analyse des écarts et la définition des modes d'accès) ne sont pas obligatoires.

De même, ces établissements n'ont pas à indiquer les services accessibles par programme-service lors de la rédaction de leur programme d'accès. Une simple mention que « tous les services de l'établissement sont accessibles en langue anglaise » est suffisante.

ANNEXES POUR L'ÉLABORATION D'UN PROGRAMME D'ACCÈS

- Annexe A5 → Gabarit suggéré – Programme d'accès
 - Annexe A5.1 → Plan de travail (gabarit)
 - Annexe A5.2 → Profils statistiques de la population d'expression anglaise de la région (profil PLOP et groupes d'âge) (gabarit)
 - Annexe A5.3 → Besoins de la communauté d'expression anglaise (CEA) en matière d'accès aux services en langue anglaise (tableau des consultations effectuées) (gabarit)
 - Annexe A5.4 → Besoins de la communauté d'expression anglaise – sommaire qualitatif (gabarit)

3.7.1 Plan de travail pour l'élaboration du programme d'accès

À la suite de l'avis du ministre lançant le processus de révision des programmes d'accès, l'établissement prépare son plan de travail à l'aide du gabarit fourni (annexe A5.1).

Le responsable du programme d'accès de l'établissement mène le processus d'élaboration. Les directeurs cliniques et administratifs concernés y participent afin de s'assurer que le plan tient compte de l'ensemble des services et des installations tout au long du processus. De plus, l'établissement consulte les instances concernées de la région, notamment des partenaires de son RTS (ex. : centres hospitaliers universitaires, cliniques, groupes de médecine de famille, cliniques réseaux, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.) ainsi que les représentants de la population d'expression anglaise.

Le plan de travail et les échéanciers sont communiqués aux collaborateurs et aux partenaires. Il incombe au responsable du programme d'accès d'assurer le respect des échéanciers et la participation adéquate des personnes concernées.

3.7.2 Portrait des besoins de la population d'expression anglaise

Plusieurs facteurs sociodémographiques sont liés à l'état de santé individuel et collectif, notamment l'éducation, le revenu, l'emploi, les environnements sociaux, les réseaux de soutien social et l'accès au RSSS. Étant donné que les personnes d'expression anglaise peuvent être désavantagées quant à ces facteurs déterminants de l'état de santé et de bien-être et que les besoins de ces personnes peuvent varier d'une région à l'autre, il est important de tenir compte de ces facteurs dans le contexte du programme d'accès.

Comprendre les différences sociales et socioéconomiques entre les personnes d'expression anglaise et l'ensemble de la population est donc important dans la planification d'un programme d'accès. L'absence d'une telle analyse pourrait atténuer l'efficacité des mesures d'amélioration ciblées dans un programme d'accès ou encore masquer les besoins prioritaires de la communauté d'expression anglaise en matière d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise.

À des fins d'élaboration et de suivi des programmes d'accès aux services en langue anglaise, l'établissement dresse le portrait des besoins actuels et futurs en matière de santé et de bien-être de la population d'expression anglaise sur son territoire à partir des données (quantitatives et qualitatives) disponibles.

L'établissement peut également faire sa propre collecte et analyse de données socioéconomiques selon les caractéristiques propres à la communauté d'expression anglaise sur son territoire. Le portrait comprend les profils démographiques, socioéconomiques, sociosanitaires et d'utilisation des services pour la communauté d'expression anglaise pour chaque territoire de

CLSC, selon les groupes d'âge, facilitant donc l'analyse des besoins. Il offre également un aperçu des besoins non comblés en matière d'accès aux services en langue anglaise. Le responsable du programme d'accès de chaque établissement coordonne la collecte de données pour la définition des besoins, en consultant les sources d'information, les membres de son établissement ainsi que les partenaires clés du réseau.

Données cliniques et administratives sur l'utilisation des services en langue anglaise

Les données cliniques et administratives offrent un portrait juste de l'utilisation des services de santé et des services sociaux, mais faute de disponibilité et d'utilisation systématique de la variable linguistique dans les systèmes d'information, l'application de ces données à des fins de planification et d'évaluation demeure limitée dans le cadre du programme d'accès. L'établissement peut tout de même utiliser d'autres sources d'information, notamment les données statistiques et de recensement, les sondages et les consultations auprès de partenaires connaissant bien la communauté d'expression anglaise.

Données statistiques et de recensement

Les sources usuelles de dénombrement de la population d'expression anglaise ne tiennent pas compte de la définition des personnes d'expression anglaise retenue pour les programmes d'accès, à savoir les personnes qui se sentent plus à l'aise d'exprimer leurs besoins et de recevoir leurs services en anglais. Conscient de cette situation, l'établissement dresse toutefois le portrait de la population d'expression anglaise à partir des données du dernier recensement.

Afin d'estimer le nombre de personnes d'expression anglaise susceptibles de requérir les services, un comparatif et une analyse de différentes variables sont nécessaires. Dans le contexte du programme d'accès, il est nécessaire de démontrer que les variables utilisées ciblent le plus grand nombre possible de personnes d'expression anglaise touchées par les services et susceptibles de recourir aux services de l'établissement.

Le bassin potentiel maximal est normalement déterminé à partir de la première langue officielle parlée²⁵. La variable « langue maternelle » se définit comme étant la première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise par le recensé au moment du recensement, alors que la « première langue officielle parlée » (PLOP) est une variable dérivée. Cette dernière tient compte, premièrement, de la connaissance des deux langues officielles, deuxièmement, de la langue maternelle et, troisièmement, de la langue parlée à la maison²⁶. Comparativement au concept de la langue maternelle, le concept de la PLOP est donc plus inclusif²⁷.

²⁵ Statistique Canada. Variables langues – par unité statistique. statcan.gc.ca/fra/concepts/definitions/langue. Page Web consultée le 12 mai 2016. Statistique Canada. Dictionnaire du recensement de 2011. statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/ref/dict/azindex-fra.cfm. Page Web consultée le 12 mai 2016.

²⁶ Statistique Canada. Dictionnaire du recensement de 2011. Première langue officielle parlée. statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/ref/dict/pop034-fra.cfm. Page Web consultée le 26 juillet 2016.

²⁷ Citoyenneté et Immigration Canada. Considérations au sujet de la définition des populations. cic.gc.ca/francais/ressources/recherche/anglophones-quebec/section2.asp. Page Web consultée le 26 juillet 2016.

L'établissement a recours à quelques sources de ce type de données, notamment aux sources suivantes :

- le dernier recensement produit par Statistique Canada ²⁸ incluant l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) ²⁹;
- les services « espace informationnel » du MSSS, qui sont en mesure de jumeler les données pour l'établissement à l'échelle des territoires des CLSC avec les données de Statistique Canada à partir de l'aire de diffusion, offrant des profils locaux ainsi que régionaux;
- les données en provenance de l'Institut de la statistique du Québec, organisme responsable de la gestion des données de population officielles pour l'ensemble du territoire québécois;
- les études et rapports émis par des partenaires, dont ceux produits par le RCSSS et les autres organismes provinciaux de promotion des intérêts des personnes d'expression anglaise;
- les études et rapports de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur les personnes d'expression anglaise au Québec et les anglophones au Québec ³⁰.

Le découpage des données devrait se faire en fonction des informations requises pour la planification des services et l'élaboration du programme d'accès. Dans cette optique, les données pourraient être présentées sur la proportion et le nombre de personnes d'expression anglaise (annexe A5.2) :

- pour l'ensemble du territoire ou de la région;
- par territoire local (découpage CLSC);
- selon les groupes d'âge (ex. : 0-4, 5-17, 18-24, 25-44, 45-64, et 65 ans et plus).

Le portrait pourrait également être enrichi avec d'autres variables, selon les particularités de la population servie par l'établissement, notamment selon :

- le sexe;
- le revenu (< 30 000, 30 000-70 000, 70 000-100 000, > 100 000 \$);
- l'état de santé;
- le niveau de scolarité.

²⁸ Statistique Canada. 2012. Québec, Québec (Code 2423027) et Québec (Code 24) (tableau). Profil du recensement, Recensement de 2011, produit n° 98-316-XWF au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 24 octobre 2012.
statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F. Téléchargement de données Québec selon régions. sociosanitaires. No. De catalogue : 98-316-XWE2011001-1701. Page Web consultée le 12 mai 2016.

²⁹ Statistique Canada. 2012. statcan.gc.ca/start-debut-fra.html. Page Web consultée le 13 mai 2016.

³⁰ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). www.inspq.qc.ca. Page Web consultée le 12 mai 2016.

Informations qualitatives

Des informations sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux par les personnes d'expression anglaise peuvent être recueillies sur les sites Web de certains organismes provinciaux de promotion des intérêts des personnes d'expression anglaise :

- le recours aux services;
- les services non rémunérés;
- la langue dans laquelle les services ont été fournis;
- l'accès à l'information en langue anglaise concernant les services.

De plus, une consultation par l'établissement auprès de son personnel, des partenaires et des membres de la communauté d'expression anglaise pourrait enrichir les données de recensement et de sondages. Par exemple, un suivi auprès du commissaire aux plaintes, afin de prendre connaissance des données relatives aux plaintes déposées par la clientèle en lien avec la prestation et l'accessibilité aux services en langue anglaise, peut offrir des pistes de réflexion. L'établissement peut également consulter ses partenaires ainsi que des représentants de la population d'expression anglaise pour qu'ils l'aident à dresser un portrait actuel de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services offerts aux personnes d'expression anglaise. Un tel portrait devrait permettre de dégager les manques à combler en matière d'accès aux services en langue anglaise. Parmi les partenaires du réseau territorial que l'établissement pourrait consulter, mentionnons les conseils scolaires, les cabinets de médecins, les entreprises sociales, les municipalités, les établissements d'enseignement supérieur et les organismes communautaires. Le Comité régional pour le programme d'accès, les comités d'usagers et les professionnels du RSSS pourraient également ajouter des perspectives complémentaires aux données.

3.7.3 Inventaire des modes d'accès actuels aux services en langue anglaise

L'établissement fait l'inventaire des modes d'accès et de l'offre de services de santé et des services sociaux actuels en langue anglaise sur son territoire. L'inventaire peut se faire à l'aide de tableaux similaires à ceux du gabarit suggéré du programme d'accès (annexe A5, p. 63-74). Ces tableaux permettent à l'établissement de dresser un inventaire des services accessibles selon chaque programme-service. Le responsable du programme d'accès de l'établissement remplit ces tableaux à partir du programme d'accès existant, en consultant les équipes cliniques au besoin.

Après avoir fait la liste de ses installations indiquées et désignées, l'établissement précise les modes d'accès appliqués comme moyens pour

répondre aux besoins de la population d'expression anglaise. L'établissement peut avoir recours à plusieurs types de modes d'accès aux services en langue anglaise.

Prestation de services en langue anglaise

L'établissement peut offrir des services en langue anglaise par l'entremise de son propre personnel pour l'ensemble d'une installation désignée ou pour au moins un service ou programme-service d'une installation indiquée. De plus, l'offre de services en langue anglaise dans une installation indiquée peut se faire en tout temps ou à l'intérieur de plages horaires précises.

Il existe des pratiques reconnues pour la prestation de services en langue anglaise, notamment en ce qui concerne l'importance d'assurer les compétences linguistiques du personnel. Une politique et des procédures devraient être en place pour encadrer la prestation de services en langue anglaise et les compétences linguistiques requises pour l'assurer. De plus, il existe des programmes de formation destinés aux membres du personnel qui souhaitent améliorer leurs compétences linguistiques dans le cadre de l'offre de services en langue anglaise. Finalement, des lexiques médicaux (de médecine générale ou concernant certaines professions en particulier) sont disponibles gratuitement. La prestation des services en anglais devrait être soutenue par ces moyens pour en assurer la qualité.

Entente de service avec un autre établissement

Lorsque l'établissement n'est pas doté d'un personnel bilingue suffisant pour répondre aux besoins d'accès en langue anglaise, il peut opter, en conformité avec l'article 108 de la LSSSS, pour la conclusion d'une entente de service avec un établissement public, un établissement privé conventionné ou un groupe de médecine familiale (GMF) en mesure d'offrir des services en langue anglaise. L'entente de service doit préciser la nature des services requis en langue anglaise, la clientèle visée, ainsi que les ressources humaines, financières et matérielles requises. On doit spécifier les services qui seront offerts en langue anglaise ainsi que les moyens pris pour assurer la coordination de services pour les personnes d'expression anglaise. Les rôles et responsabilités des acteurs doivent être clairement définis dans l'entente de manière à faciliter le cheminement de la personne d'expression anglaise dans le réseau.

Le lien de service peut se faire dans les deux sens : des professionnels qui se déplacent pour offrir des services à l'installation où se trouvent les usagers, ou des usagers qui se déplacent pour recevoir des services dans l'établissement où se trouvent les professionnels. Ce lien peut également être établi via divers outils de communication.

Notons que des corridors de services sont établis par les centres intégrés en concertation avec tout autre établissement public concerné afin de

répondre aux besoins de la population de leur territoire. Les corridors de services peuvent être régionaux ou interrégionaux. Les corridors de services s'inscrivent dans les programmes-services existants de chaque établissement. Il est donc important de s'assurer que ceux-ci permettent à la population d'expression anglaise d'avoir accès aux continuums de services dans leur langue. Si un corridor de services existant offre les services en langue anglaise et si celui-ci est respecté tant pour la population d'expression anglaise que pour la population générale, il est inscrit au programme d'accès, mais ne nécessite pas qu'une entente de service particulière aux services en langue anglaise soit signée. D'autre part, si un corridor de services particulier est établi pour la population d'expression anglaise, une entente signée à cet effet devrait être jointe en annexe au programme d'accès.

Il est important de se rappeler qu'en tout temps, il n'incombe pas à l'utilisateur d'expression anglaise de naviguer dans le système, mais plutôt au système d'orienter l'utilisateur vers le service adéquat dans sa langue.

Services d'interprètes

L'interprétariat représente un moyen adéquat pour dispenser des services de qualité en langue anglaise.

Certains principes fondamentaux doivent guider l'utilisation des services d'interprétariat en langue anglaise pour le RSSS.

Ainsi :

- toute personne ayant besoin d'un interprète doit y avoir accès, dans la mesure du possible, si la qualité du service offert et la possibilité d'en bénéficier équitablement sont compromises par une barrière linguistique;
- l'interprétariat formel doit toujours être priorisé; toutefois, s'il y a recours à l'interprétariat informel, celui-ci doit être balisé et encadré (par exemple, par l'évaluation des compétences linguistiques en langue anglaise de l'interprète informel);
- si l'interprétariat en présentiel n'est pas offert (limite géographique, notamment), l'interprétariat par téléphone doit être privilégié;
- il est important d'outiller les professionnels et les établissements du RSSS pour la prise de décision en matière de recours adéquat aux services d'interprétariat.

Les établissements qui utilisent ce mode d'accès pour offrir des services en langue anglaise sont encouragés à recourir à des services d'interprétariat offerts dans leur région ou à faire appel à la Banque interrégionale d'interprètes de Montréal par des moyens technologiques permettant l'interprétariat à distance.

Autres modes d'accès possibles

La collaboration avec les partenaires du réseau, notamment les organismes communautaires membres de l'Initiative de réseautage et de partenariats (IRP) et les bénévoles, peut soutenir l'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise par l'entremise d'approches novatrices.

Plusieurs projets sont documentés sur le site de partenaires communautaires et d'organismes provinciaux de promotion des intérêts des personnes d'expression anglaise. De plus, un transfert des connaissances sur les pratiques novatrices et prometteuses se fait par l'entremise de la base de données sur les pratiques exemplaires d'Agrément Canada. Les membres de l'IRP ainsi que les établissements peuvent soumettre des pratiques prometteuses selon les critères établis. La base de données est accessible à tous pour consultation.

3.7.4 Analyse des écarts à combler

L'analyse des écarts vise à connaître l'impact que représentent les barrières linguistiques sur l'accès, la continuité et la qualité des services auprès de la population d'expression anglaise. Elle se fait dans le cadre du programme d'accès aux services en langue anglaise et ne fait pas l'objet d'une évaluation des services de santé et des services sociaux. L'analyse dégage les écarts entre les besoins en matière d'accès linguistique et les modes d'accès actuels. Elle permet à l'établissement de dégager des pistes d'améliorations pouvant être apportées aux modes d'accès actuels.

Dans le souci de répondre aux besoins de l'ensemble de la population d'expression anglaise, et surtout de ses groupes vulnérables, sur le territoire servi, l'analyse se fait dans l'optique de programme-services. Pour guider cette analyse, une série de questions est proposée, à considérer pour chaque programme-service. Les voici, divisées en trois thèmes : accessibilité, continuité, qualité.

En ce qui concerne l'accessibilité

 Existe-t-il des manques à combler liés à l'accès aux services en langue anglaise, notamment en ce qui concerne :

- l'offre des services en langue anglaise?
- la proximité des services accessibles compte tenu de la nature des services (ex. : les services de proximité sont-ils offerts et accessibles localement en langue anglaise)?
- les mécanismes d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de prise en charge (sont-ils établis, connus et appliqués)?
- la couverture horaire : est-elle adéquate?

- ✚ Quelles sont les origines ou causes de ces lacunes?
- ✚ Quelles sont les pratiques novatrices ou réussites qui sont en place?
- ✚ Existe-t-il d'autres pratiques novatrices quant à l'offre de services ou à l'organisation des services qui pourraient améliorer l'accès aux services en langue anglaise?
- ✚ Comment peut-on les appliquer sur le territoire régional?

En ce qui concerne la continuité

- ✚ Existe-t-il des ruptures dans le continuum de services qui sont liées aux barrières linguistiques?
- ✚ Quelles sont les causes ou origines de ces ruptures dans le continuum de services?
- ✚ Les responsabilités des différents dispensateurs de services tout au long du continuum sont-elles clairement définies?
- ✚ Quelles sont les pratiques novatrices ou réussites qui sont en place?
- ✚ Existe-t-il d'autres pratiques novatrices quant à l'offre de services ou à l'organisation des services qui pourraient améliorer la continuité des services en langue anglaise?
- ✚ Comment peut-on les appliquer sur le territoire régional?

En ce qui concerne la qualité des services en langue anglaise

- ✚ Quel est le degré de satisfaction de la population d'expression anglaise en ce qui concerne l'accès aux services dans sa langue?
- ✚ Par quels moyens assure-t-on la qualité des services en langue anglaise (ex. : la justesse de la communication en langue anglaise)?
- ✚ Existe-t-il des pratiques novatrices quant à l'offre de services ou à l'organisation des services qui pourraient améliorer la qualité des services en langue anglaise?
- ✚ Comment peut-on s'améliorer à cet égard?

3.7.5 Modes d'accès privilégiés et services accessibles en langue anglaise selon les programmes-services

Une refonte du programme d'accès actuel se fait à partir des pistes d'améliorations définies à la suite de l'analyse des écarts et des décisions prises sur les modes d'accès actuels à retenir, à modifier, à remplacer ou à supprimer. Les pistes d'améliorations reflètent les recommandations émises par le Comité provincial pour le dernier programme d'accès et tiennent compte des améliorations apportées au programme depuis son dernier renouvellement.

Pour assurer l'élaboration d'un programme d'accès efficace qui réponde aux besoins d'accès linguistique aux services en langue anglaise, l'établissement met à contribution l'ensemble de ses directions concernées ainsi que ses partenaires dans la recherche de solutions pour combler les écarts. Il incombe au responsable du programme d'accès de l'établissement de s'informer sur les pratiques prometteuses et novatrices appliquées ailleurs et de les faire connaître au sein de l'établissement et du réseau. La section intitulée « Modes

d'accès aux services en langue anglaise selon les programmes-services » du gabarit suggéré (annexe A5, p. 63-74) illustre les modes d'accès aux services en langue anglaise rendus accessibles par l'établissement selon chaque programme-service. À partir de l'inventaire dressé des modes d'accès actuels et sous la coordination du responsable du programme d'accès, toutes les directions concernées de l'établissement contribuent à dresser un portrait clair, transparent et complet de l'accès aux services en langue anglaise. Notons que des pratiques novatrices, issues d'une étroite collaboration avec la communauté d'expression anglaise ainsi qu'avec les organismes membres de l'IRP, peuvent être déployées pour rehausser l'accès aux services en langue anglaise.

Pour chaque service accessible en langue anglaise, un mode d'accès est privilégié, qui tient compte à la fois des besoins de la population d'expression anglaise, des ressources dont l'établissement dispose, du cadre législatif ainsi que des orientations privilégiées dans l'élaboration du programme d'accès.

Services accessibles en langue anglaise – Établissements non fusionnés

Les établissements non fusionnés regroupent les centres hospitaliers universitaires (à l'exception du CHU de Sherbrooke) ainsi que les instituts universitaires. Étant donné la nature spécialisée de leur offre de services, ces établissements devraient produire une simple liste des services accessibles en langue anglaise et des modes d'accès privilégiés, le cas échéant indiqués par installation (voir annexe A5, p. 74 pour un exemple). Un inventaire des services accessibles selon chaque programme-service n'est donc pas nécessaire.

3.7.6 Rédaction du programme d'accès

Le responsable du programme d'accès rédige le programme d'accès, en s'inspirant du gabarit suggéré du programme d'accès (annexe A5) et en joignant les documents demandés (voir tableau ci-dessous).

3.7.7 Avis du Comité régional sur le programme d'accès

Le responsable du programme d'accès soumet le programme d'accès au Comité régional. Dans les régions ayant plus d'un établissement public (Montréal, Montérégie, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Capitale-Nationale), le Comité régional relève du centre intégré issu de la fusion de l'agence et d'autres établissements, lequel se charge de la coordination de l'obtention de l'avis du Comité régional sur les programmes d'accès de la région concernée. Le Comité régional évalue chaque programme d'accès et, le cas échéant, y suggère des modifications. Son appréciation finale est soumise à l'établissement sous forme d'avis.

3.7.8 Résolution du conseil d'administration

Le programme d'accès, accompagné de l'avis du Comité régional sur le programme d'accès, est déposé par le président-directeur général au conseil d'administration de l'établissement afin d'être adopté.

3.7.9 Transmission de la proposition de programme d'accès

La proposition de programme d'accès est déposée au MSSS (Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise) en vue d'une approbation par le gouvernement.

LISTE DES DOCUMENTS À JOINDRE (SOUS FORME D'ANNEXES) AU PROGRAMME D'ACCÈS

- ✓ Avis du Comité régional
- ✓ Liste des membres du Comité régional
- ✓ Résolution du conseil d'administration
- ✓ Moyens par lesquels l'inventaire des services accessibles en langue anglaise sera diffusé
- ✓ Organigramme de l'établissement
- ✓ Liste de l'ensemble des installations de l'établissement
- ✓ Carte géographique illustrant l'emplacement des installations de l'établissement
- ✓ Plan de travail (gabarit, voir annexe A5.1)
- ✓ Profils statistiques de la population d'expression anglaise de la région (profil PLOP et groupes d'âge) (gabarit, voir annexe A5.2)
- ✓ Besoins de la CEA en matière d'accès aux services en langue anglaise (tableau des consultations effectuées) (gabarit, voir annexe A5.3)
- ✓ Besoins de la Communauté d'expression anglaise – sommaire qualitatif (gabarit, voir annexe A5.4)
- ✓ Copies d'ententes de service signées avec d'autres établissements

3.8 AVIS, ADOPTION ET APPROBATION DU PROGRAMME D'ACCÈS

L'approbation du programme d'accès est accordée par le gouvernement, par l'entremise du ministre de la Santé et des Services sociaux. Préalablement à leur approbation par le gouvernement, les programmes d'accès sont soumis à une série d'avis et d'adoptions de résolutions.

Le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise a pour mandat d'aviser le gouvernement sur la prestation des services en langue anglaise ainsi que sur l'approbation, l'évaluation et les modifications des programmes d'accès élaborés par les établissements. Le Comité prépare son avis pour le ministre, à la suite de son analyse des programmes d'accès, qui se fait à l'aide du document « Analyse et avis du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise » (annexe A4).

Le programme d'accès de l'établissement doit être conforme avec la LSSSS et la LMRSSS.

On doit pouvoir y trouver :

- ✚ le portrait de la population d'expression anglaise et de ses besoins en matière d'accès aux services en langue anglaise;
- ✚ l'analyse des écarts qui détermine les services requis pour répondre aux besoins et les améliorations ou ajustements requis au programme existant;
- ✚ les installations nommées qui sont tenues de rendre des services en langue anglaise, selon chaque programme-service et les modes d'accès privilégiés pour les services en langue anglaise.

On doit également pouvoir démontrer que le processus d'élaboration du programme d'accès a suscité la participation des parties clés, notamment :

- ✚ l'ensemble des directions concernées;
- ✚ les autres établissements avec lesquels il existe des ententes de service;
- ✚ le Comité régional pour le programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise;
- ✚ les représentants de la communauté d'expression anglaise (les membres de l'IRP, le Réseau communautaire de santé et de services sociaux, ou RCSSS);
- ✚ les organismes communautaires tels que les conseils scolaires, les églises, etc.;
- ✚ les membres de la communauté d'expression anglaise.

Finalement, le programme d'accès doit être conforme aux orientations ministérielles privilégiées, c'est-à-dire :

- ✚ la responsabilité populationnelle;
- ✚ la hiérarchisation des services;
- ✚ le cheminement facilité de la personne dans le réseau;
- ✚ l'intervention clinique réussie;
- ✚ la participation des personnes d'expression anglaise.

Dans le contexte d'amélioration continue de la qualité, le Comité provincial donnera son avis sur la progression du programme d'accès d'un renouvellement à l'autre et selon son évolution en fonction des besoins changeants de la population d'expression anglaise.

3.9 SUIVI ET ÉVALUATION DU PROGRAMME D'ACCÈS

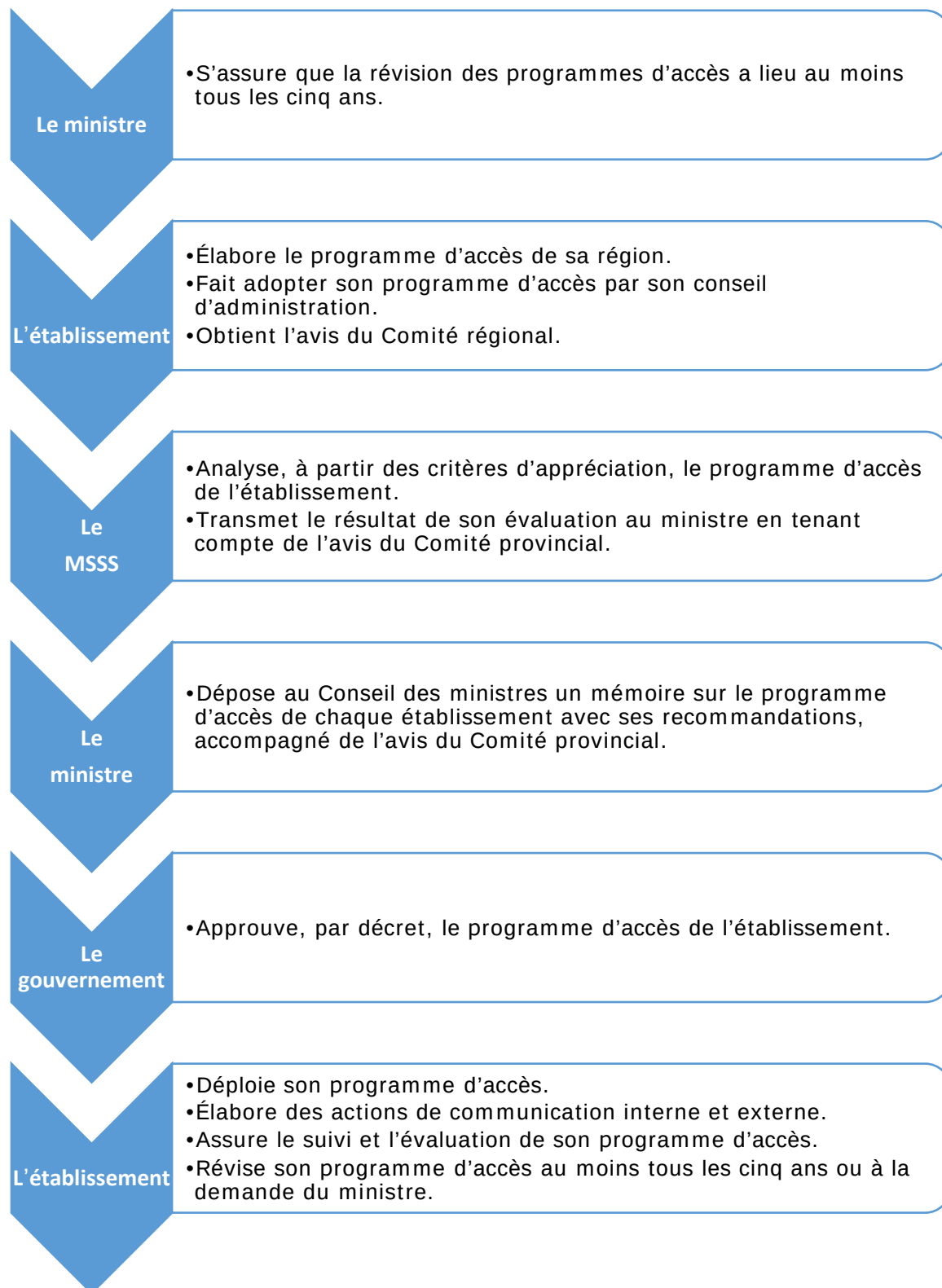
3.9.1 Promotion du programme

Une fois approuvé, le programme d'accès devrait être communiqué au personnel et aux partenaires concernés du réseau. La communication à l'interne pourrait être appuyée par une campagne de sensibilisation auprès du personnel de l'établissement quant à la question de l'accès aux services en langue anglaise et aux risques associés aux barrières linguistiques dans le contexte de services de santé et de services sociaux (effets néfastes sur la qualité des services et sur la sécurité des usagers). En ce qui concerne la diffusion du programme d'accès au sein de la communauté d'expression anglaise, des textes le résumant pourraient être rédigés en langue anglaise et diffusés par des organismes communautaires, tels que les membres du programme l'IRP, en collaboration avec l'établissement de la région.

3.9.2 Suivi de la mise en œuvre du programme d'accès

Le succès du programme d'accès dépend non seulement de la mise en œuvre fidèle des modes d'accès privilégiés, mais également des mesures organisationnelles mises en place pour le soutenir. Un plan de mise en œuvre pourrait assurer un suivi assidu du programme d'accès. Un tel plan devrait comprendre un calendrier des activités à poursuivre, la liste des personnes responsables ainsi que les échéanciers associés aux activités. Idéalement, les activités prévues devraient être en lien avec des objectifs clairs et des indicateurs mesurant le degré d'atteinte de ces objectifs. Bien que le responsable du programme d'accès veille à sa mise en place, le succès du programme dépend de la participation de l'ensemble de l'établissement, sur tous les plans, ainsi que de celle de ses partenaires. Finalement, afin d'assurer la gouvernance du programme, le calendrier devrait préciser la fréquence des consultations du Comité régional.

FIGURE 1 – DÉMARCHE



LEXIQUE

Centre intégré (CISSS/CIUSSS)

Le centre intégré est un établissement issu de la fusion de tous les établissements publics d'une même région sociosanitaire, ou d'une partie de ceux-ci, et de l'agence de la santé et des services sociaux, le cas échéant (articles 3 et 4 LMRSSS). Pour les régions de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, de la Montérégie et de Montréal, le nombre de centres intégrés est respectivement de deux, trois et cinq, dont un se voit accorder le mandat anciennement confié à l'agence régionale dans chacune de ces trois régions.

Lorsqu'un centre intégré se trouve dans une région sociosanitaire où une université offre un programme complet d'études prédoctorales en médecine ou lorsqu'il exploite un centre désigné institut universitaire dans le domaine social, il peut utiliser dans son nom les mots « centre intégré universitaire de santé et de services sociaux » (CIUSSS). Les CISSS et les CIUSSS exercent les mêmes fonctions et responsabilités. Cependant, la composition des conseils d'administration des CIUSSS est différente puisque deux personnes sont nommées à partir d'une liste de noms fournie par les universités. On compte au Québec treize CISSS et neuf CIUSSS.

Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

Le Comité provincial donne son avis au gouvernement sur la prestation de services de santé et de services sociaux en langue anglaise et sur l'approbation, l'évaluation et la modification de chaque programme d'accès. Le Comité entreprend les consultations qu'il juge appropriées pour l'élaboration de son avis.

Comité régional pour le programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise

Le Comité régional est composé d'au moins sept et d'au plus onze membres représentatifs des personnes d'expression anglaise de la région. Le Centre intégré concerné détermine par règlement la composition de ce Comité, ses règles de fonctionnement et de régie interne, les modalités d'administration de ses affaires ainsi que ses fonctions, devoirs et pouvoirs. Les membres du Comité régional sont nommés par le conseil d'administration du centre intégré à partir de listes de noms fournies par les organismes de promotion des intérêts des personnes d'expression anglaise inventoriés par le Comité provincial. Dans les régions comptant plus d'un centre intégré, le Comité régional est rattaché au centre issu de la fusion de l'agence et d'autres établissements. Dans la région de Montréal, les listes de noms sont fournies par les organismes de promotion des intérêts des personnes d'expression anglaise inventoriés par les centres intégrés reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française.

Établissement et installation désignés

L'établissement désigné ou l'installation désignée est un établissement ou une installation que le gouvernement désigne parmi ceux détenant une reconnaissance en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française. Il s'agit d'un établissement

ou d'une installation tenus de rendre accessibles en langue anglaise aux personnes d'expression anglaise tous les services de santé et les services sociaux qu'il offre. Il existe quatre types possibles d'établissements et d'installations publics désignés : centre intégré, établissement non fusionné, établissement regroupé et installation. De plus, il existe des établissements privés, conventionnés ou non conventionnés, désignés (voir annexe A1).

Établissement et installation reconnus

L'établissement et l'installation reconnus fournissent leurs services à des personnes en majorité d'une langue autre que le français et ont obtenu de l'OQLF une reconnaissance en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française. Il existe quatre types possibles d'établissements et d'installations publics reconnus : centre intégré, établissement non fusionné, établissement regroupé et installation. De plus, il existe des établissements privés, conventionnés ou non conventionnés, reconnus (voir annexe A1).

Établissement non fusionné

Un établissement non fusionné en vertu de la LMRSSS est un CHU ou un institut universitaire qui n'a pas été fusionné à un centre intégré (à l'exception du CHU de Sherbrooke, qui a été fusionné au CIUSSS de l'Estrie). Il y a sept établissements non fusionnés.

Établissement regroupé

L'établissement regroupé est un établissement qui n'a pas fait l'objet d'une fusion avec d'autres établissements en vertu de la LMRSSS, mais qui est administré par le conseil d'administration du centre intégré auquel il est regroupé. Un tel établissement poursuit ses activités selon ce qui est prévu à son permis. Toutefois, sa structure organisationnelle est celle du centre intégré auquel il est regroupé. Le président-directeur général de même que l'ensemble du personnel d'encadrement du centre intégré exercent également leurs fonctions et responsabilités à l'égard de l'établissement regroupé. Les établissements regroupés se trouvent dans les régions de la Capitale-Nationale, de l'Estrie, de Montréal, de Laval, des Laurentides et de la Montérégie.

Installation

Une installation est le lieu physique où sont dispensés les services de santé et les services sociaux à la population du Québec, dans le cadre d'une ou de plusieurs missions. Un établissement comporte généralement plusieurs installations.

Installation indiquée

L'installation indiquée est une installation qui est indiquée dans le programme d'accès d'un établissement comme devant rendre accessible au moins un service ou un programme-service en langue anglaise.

Langue officielle

Langue de l'État et de la Loi aussi bien que la langue normale et habituelle du travail, de l'enseignement, des communications, du commerce et des affaires. Le français est la langue officielle du Québec.

Modes d'accès

Les manières dont l'établissement répond aux besoins des personnes d'expression anglaise et informe la population sur les services accessibles en langue anglaise.

Il peut s'agir, entre autres :

- de la prestation des services en anglais, dans l'établissement, par le personnel en place;
- d'une entente de service avec un autre établissement de la région, ou d'une autre région;
- d'un mécanisme de référence vers un service et de prise en charge par ce dernier;
- d'un corridor de services;
- d'outils ou de technologies pour soutenir l'accès aux services en langue anglaise;
- de l'utilisation de services d'interprètes (formels ou informels);
- d'une entente de service professionnel avec un autre établissement de la région ou d'une autre région.

Personne d'expression anglaise

La personne d'expression anglaise est celle qui, dans ses relations avec un établissement qui dispense des services de santé ou des services sociaux, se sent plus à l'aise d'exprimer ses besoins en langue anglaise et de recevoir les services dans cette langue.

Service accessible en langue anglaise

Un service est accessible en langue anglaise lorsque l'utilisateur qui en fait la demande peut recevoir ce service en langue anglaise, et ce, dans un délai jugé raisonnable.

LISTE DES ANNEXES

A1	Établissements reconnus en vertu de l'article 29.1
A2	Extrait de la LRMSSS – Articles liés aux services en langue anglaise
A3	Carte RUIS-RLS
A4	Analyse et avis du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise – grille d'analyse
A5	Gabarit suggéré – Programme d'accès
A5.1	Plan de travail (gabarit)
A5.2	Profils statistiques de la population d'expression anglaise de la région (profil PLOP et groupes d'âge) (gabarit)
A5.3	Besoins de la communauté d'expression anglaise (CEA) en matière d'accès aux services en langue anglaise (tableau des consultations effectuées) (gabarit)
A5.4	Besoins de la communauté d'expression anglaise – sommaire qualitatif (gabarit)

ANNEXE A1

Liste des établissements et installations reconnus en vertu de l'article 29.1

Établissements et installations publics

Les installations et les établissements **publics** du RSSS reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française comme offrant majoritairement leurs services à des personnes d'expression anglaise et devant rendre accessibles aux personnes d'expression anglaise tous les services de santé et les services sociaux dans leur langue sont les suivants :

Montréal

- Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et ses installations et établissements regroupés suivants :
 - o Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger
 - o CLSC de Pierrefonds
 - o CLSC du Lac-Saint-Louis
 - o Hôpital général du Lakeshore
 - o Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal
 - o Centre hospitalier St. Mary
 - o Institut universitaire de santé mentale Douglas
 - o Les centres de la jeunesse et de la famille Batshaw
 - o Centre de soins prolongés Grace Dart
- Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et toutes ses installations et établissements regroupés :
 - o Centre d'hébergement Father-Dowd
 - o Centre d'hébergement St-Andrew
 - o Centre d'hébergement Henri-Bradet
 - o Centre d'hébergement St-Margaret
 - o CLSC de Benny Farm
 - o CLSC René-Cassin
 - o CLSC de Côte-des-Neiges
 - o CLSC de Parc-Extension
 - o CLSC Métro
 - o Hôpital Catherine-Booth
 - o Hôpital Richardson
 - o Maison de naissance Côte-des-Neiges
 - o Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
 - o Centre Miriam
 - o CHSLD Juif de Montréal
 - o Hôpital Mont Sinai
 - o La Corporation du centre hospitalier gériatrique Maimonides
 - o L'hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis
- Centre Universitaire de Santé McGill

Montérégie

Les installations suivantes du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest :

- Centre d'hébergement d'Ormstown
- Centre d'hébergement du comté de Huntingdon
- CLSC Huntingdon
- Hôpital Barrie Memorial
- Centre de réadaptation en dépendance Foster (CRD Foster)

Estrie

Les établissements suivants, regroupés au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie :

- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de l'Estrie
- CSSS-IUGS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Outaouais

Les installations suivantes du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais :

- Centre Hospitalier du Pontiac
- CLSC Chapeau
- CLSC Mansfield-et-Pontefract
- CLSC Otter-Lake
- CLSC Quyon
- CLSC Rapides-des-Joachims
- CLSC Shawville
- L'Hôpital Mémorial de Wakefield
- Pavillon Centre d'accueil Pontiac
- Pavillon Manoir Sacré Cœur

Côte-Nord

Les installations suivantes du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord :

- Centre de santé de la Basse-Côte-Nord (Blanc Sablon)
- CLSC de Chevery
- CLSC de Kegaska
- CLSC de Mutton Bay
- CLSC et CHSLD Donald-G.-Hodd
- CLSC de La Tabatière
- CLSC de Rivière-Saint-Paul
- CLSC de Tête-à-la-Baleine
- CLSC Saint Augustin

Capitale-Nationale

L'établissement *Hôpital Jeffery Hale - Saint-Brigid's*, regroupé au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

Laval

L'établissement *Hôpital Juif de réadaptation – Laval*, regroupé au Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval.

Laurentides

L'établissement *La Résidence de Lachute – Laurentides*, regroupé au Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.

Installations et établissements privés

Les installations et les établissements **privés** du réseau de la santé et des services sociaux reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française comme offrant majoritairement leurs services à des personnes d'expression anglaise et devant rendre accessibles aux personnes d'expression anglaise tous les services de santé et les services sociaux dans leur langue sont les suivants :

Montréal

- Centre d'accueil Héritage inc.
- Centre de réadaptation MAB-Mackay
- CHSLD Bayview inc.
- CHSLD Bussey (Québec) inc.
- CHSLD du Château sur le lac de Sainte-Geneviève inc.
- Havre-Jeunesse
- Hôpital Shriners pour enfants (Québec) inc.
- Maison Élisabeth
- Manoir Beaconsfield (88980 Canada Inc.)

Lanaudière

- CHSLD Heather inc.

Estrie

- Foyer Wales

ANNEXE A2

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales³¹ - Articles de loi liés aux services en langue anglaise

- 15.** Avant de procéder à la nomination des membres indépendants d'un conseil d'administration, le ministre doit établir des profils de compétence, d'expertise ou d'expérience dans chacun des domaines suivants :
- 1° compétence en gouvernance ou éthique;
 - 2° compétence en gestion des risques, finance et comptabilité;
 - 3° compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines;
 - 4° compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité;
 - 5° expertise dans les organismes communautaires;
 - 6° expertise en protection de la jeunesse;
 - 7° expertise en réadaptation;
 - 8° expertise en santé mentale;
 - 9° expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux.

Le ministre doit, pour le conseil d'administration d'un centre intégré de santé et de services sociaux, nommer un membre indépendant pour chacun des profils visés aux paragraphes 1 à 9 du premier alinéa. Lorsqu'un tel établissement se trouve dans une région sociosanitaire où une université offre un programme complet d'études pré-doctorales en médecine ou exploite un centre désigné institut universitaire dans le domaine social, un membre supplémentaire doit être nommé pour le profil visé au paragraphe 7 de cet alinéa.

Pour le conseil d'administration d'un établissement non fusionné, les membres indépendants sont nommés selon les profils visés aux paragraphes 1 à 4 et 9 du premier alinéa, de manière à ce qu'au moins une personne soit nommée pour chacun de ces profils.

En outre, pour le conseil d'administration d'un centre intégré de santé et de services sociaux, un des membres indépendants correspondant à l'un des profils visés aux paragraphes 1 à 4 du premier alinéa doit être nommé à partir d'une liste de noms fournie par le comité régional formé conformément à l'article 510 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

- 76.** **Tout établissement public doit élaborer, dans les centres qu'il indique, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise** ou, le cas échéant, conjointement avec d'autres établissements publics, élaborer un tel programme dans les centres qu'il indique qui sont exploités par ces établissements.

³¹ Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2) (LMRSSS)

Le programme doit identifier les services accessibles en langue anglaise dans les installations indiquées. Il doit, de plus, prévoir les exigences linguistiques pour le recrutement ou l'affectation du personnel nécessaires à la dispensation de tels services.

Un établissement public peut, avec l'accord d'un établissement privé conventionné, indiquer dans son programme d'accès des services pouvant être dispensés par cet établissement à ses usagers en vertu d'une entente.

Le programme doit tenir compte des ressources humaines, matérielles et financières de l'établissement. Il doit être approuvé par le gouvernement et **être révisé au moins tous les cinq ans.**

- 108.** Pour l'application de l'article 510 de cette loi, les références à une agence au premier alinéa sont des références à un établissement public et la référence à une agence au troisième alinéa est une référence à un centre intégré de santé et de services sociaux ou, dans les régions comptant plus d'un centre intégré, à celui issu de la fusion de l'agence et d'autres établissements.

De plus, le règlement visé au deuxième alinéa de l'article 510 de cette loi doit prévoir qu'un comité régional est composé d'au moins sept et d'au plus onze membres représentatifs des personnes d'expression anglaise de la région. Il doit en outre, prévoir que les membres du comité sont nommés par le conseil d'administration du centre intégré à partir de listes de noms fournies par les organismes de promotion des intérêts des personnes d'expression anglaise identifiés par le comité provincial formé conformément à l'article 509 de cette loi.

Dans la région de Montréal, les listes de noms sont fournies par les organismes de promotion des intérêts des personnes d'expression anglaise identifiés par les centres intégrés reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française.

Dans les régions comptant plusieurs établissements publics, le règlement visé au deuxième alinéa est adopté après consultation de ceux-ci.

- 205.** Le centre intégré de santé et de services sociaux qui succède à un établissement indiqué dans un programme élaboré en application de l'article 348 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, en vigueur le 31 mars 2015, ou dont le conseil d'administration administre un établissement regroupé indiqué dans un tel programme est tenu de rendre accessible en langue anglaise, pour les personnes d'expression anglaise, les services mentionnés à ce programme jusqu'à ce qu'un nouveau programme soit approuvé en application du deuxième alinéa de l'article 76 de la présente loi.

Un établissement non fusionné indiqué à un tel programme de même qu'un établissement à qui sont cédés des services mentionnés à un tel programme sont tenus à la même obligation.

- 206.** Le centre intégré de santé et de services sociaux qui succède à un établissement désigné en vertu de l'article 508 de la Loi sur les

services de santé et les services sociaux ou dont le conseil d'administration administre un établissement regroupé ainsi désigné doit continuer de rendre accessibles aux personnes d'expression anglaise, dans les installations inscrites au dernier permis de l'établissement fusionné ou au permis de l'établissement regroupé, les services de santé et les services sociaux en langue anglaise. Le programme visé à l'article 76 doit inclure les services offerts dans toute installation visée au premier alinéa.

- 207.** Dans le cas où tous les établissements fusionnés en vertu de la présente loi détiennent une reconnaissance en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française, le centre intégré de santé et de services sociaux issu de la fusion est réputé avoir obtenu une telle reconnaissance.

Dans le cas où la majorité des établissements fusionnés en vertu de la présente loi détient une reconnaissance en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française, le centre intégré issu de la fusion est réputé avoir obtenu une telle reconnaissance, sauf à l'égard des installations inscrites au dernier permis du ou des établissements fusionnés qui n'étaient pas reconnus.

Enfin, dans le cas où un ou plusieurs des établissements fusionnés en vertu de la présente loi détiennent une reconnaissance en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française, le centre intégré issu de la fusion est réputé avoir obtenu une telle reconnaissance à l'égard des installations inscrites au dernier permis du ou des établissements fusionnés reconnus. Un établissement qui conserve pour une ou plusieurs de ses installations une reconnaissance en application du troisième alinéa est considéré comme un établissement reconnu aux fins du premier alinéa de l'article 146.

- 208.** Un centre intégré de santé et de services sociaux issu d'une fusion faite en vertu de la présente loi qui demande le retrait d'une reconnaissance en application du troisième alinéa de l'article 29.1 de la Charte de la langue française doit, pour que sa demande soit recevable, l'accompagner d'une recommandation favorable d'au moins les deux tiers des membres du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise institué, conformément à l'article 510 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour la région, ainsi que d'une recommandation favorable du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise formé en application de l'article 509 de cette loi. La demande de retrait de la reconnaissance d'un établissement regroupé doit en outre être accompagnée d'une recommandation favorable d'au moins les deux tiers des voix exprimées par les membres de cet établissement.

Articles spécifiques à l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's

- 209.** Malgré les dispositions de l'article 148 relatives à la constitution du comité consultatif et à sa composition, un comité consultatif est constitué pour conseiller le conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, qui administre l'établissement

regroupé Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's, sur l'administration des services de santé et des services sociaux fournis dans les installations de l'établissement regroupé.

Ce comité est composé des huit membres suivants :

- 1° le directeur de l'établissement regroupé Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's nommé en vertu de l'article 210;
- 2° une personne désignée par et parmi les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens exerçant dans les installations de l'établissement regroupé;
- 3° une personne désignée par et parmi les membres du conseil des infirmières et infirmiers qui travaillent dans les installations de l'établissement regroupé;
- 4° une personne désignée par et parmi les membres du conseil multidisciplinaire qui travaillent dans les installations de l'établissement regroupé;
- 5° une personne désignée par et parmi les membres du comité des usagers de l'établissement regroupé dont l'existence est continuée en application de l'article 203;
- 6° une personne désignée par le conseil d'administration des fondations de l'établissement regroupé;
- 7° une personne désignée par les membres de l'établissement regroupé;
- 8° deux personnes cooptées par les membres visés aux paragraphes 1 à 7, afin d'assurer une représentativité de la communauté d'expression anglaise de la région.

- 210.** Un directeur de l'établissement regroupé Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's est nommé par le conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale après consultation des membres du comité consultatif visés aux paragraphes 2 à 8 du deuxième alinéa de l'article 209.

Ce directeur est notamment responsable, sous l'autorité du président-directeur général du centre intégré, du fonctionnement des installations de l'établissement regroupé.

- 211.** En plus des fonctions prévues à l'article 148, le comité consultatif visé à l'article 209 exerce, à l'égard des installations de l'établissement regroupé Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's, les fonctions suivantes :
- 1° veiller à ce que le conseil d'administration du centre intégré soit informé des besoins particuliers de la communauté anglophone en matière de services de santé et de services sociaux et lui recommander des mesures propres à assurer l'adéquation de ces besoins et des services dispensés dans les installations de l'établissement regroupé;
 - 2° faire des recommandations au conseil d'administration du centre intégré sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement regroupé;
 - 3° assurer la liaison entre le centre intégré, l'établissement regroupé, ses membres et la fondation de l'établissement regroupé et la communauté anglophone de la région;
 - 4° faire des recommandations au conseil d'administration du centre intégré en vue d'assurer la continuité des services dispensés en langue anglaise dans

les installations de l'établissement regroupé, d'en améliorer la qualité et d'en favoriser le développement;

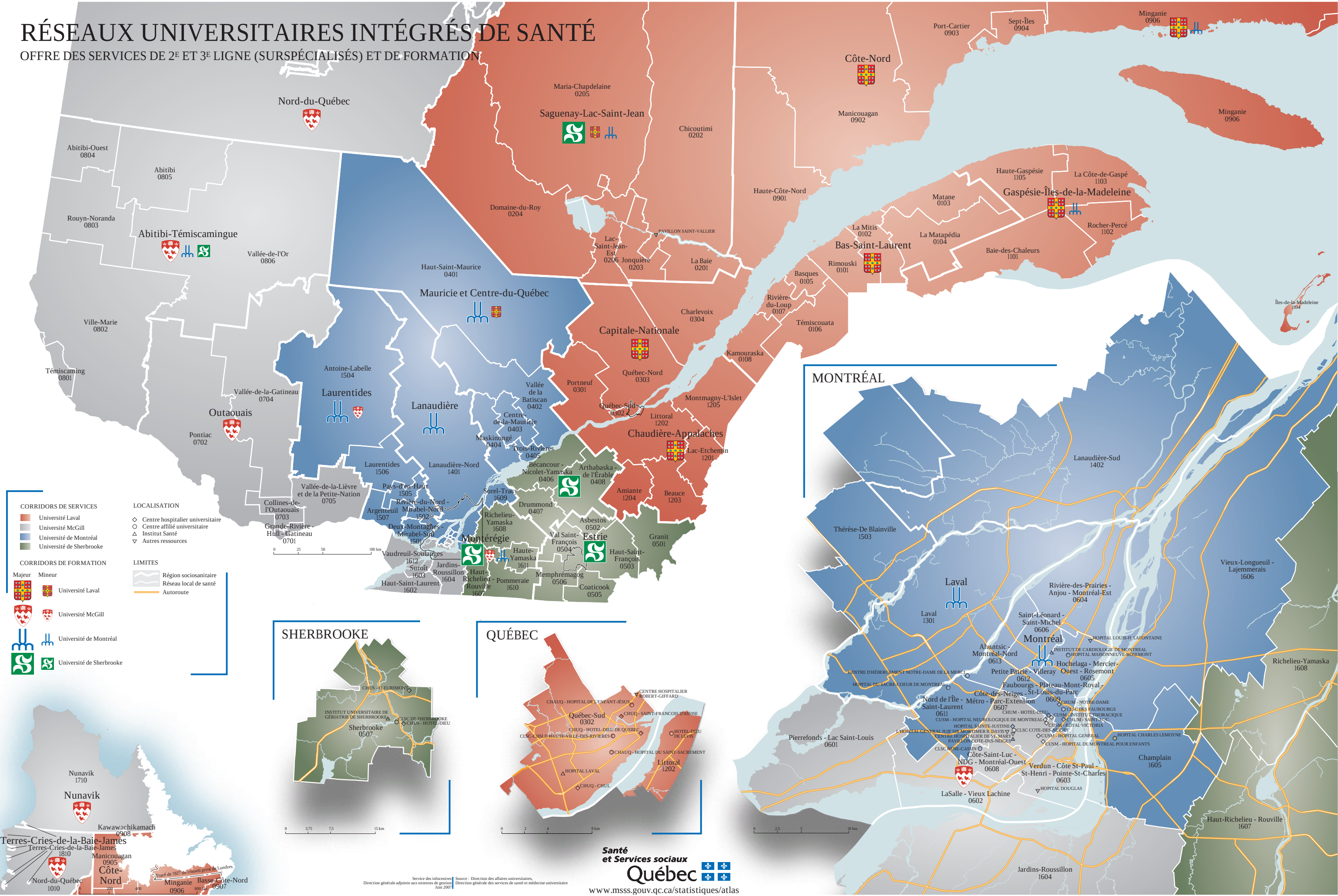
5° émettre son avis sur le plan d'organisation préparé en application de l'article 183 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux en ce qui concerne la structure, la direction, les services et les départements du centre intégré;

6° assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration du centre intégré.

ANNEXE A3
Carte RUIS-RLS

RÉSEAUX UNIVERSITAIRES INTÉGRÉS DE SANTÉ

OFFRE DES SERVICES DE 2^E ET 3^E LIGNE (SURSPÉCIALISÉS) ET DE FORMATION



Annexe A4

Analyse et avis du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

La démarche

	Totalement	Majoritairement	Partiellement	Nullement	Sans objet
Les consultations auprès de personnes / organismes impliqués dans l'élaboration du Programme d'accès ont été inclusives et représentatives : • l'ensemble des directions concernées • les autres établissements avec lesquels il existe des ententes de services • le Comité régional pour le programme d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise • les représentants de la communauté d'expression anglaise les organismes communautaires tels que les conseils scolaires, les églises, etc. • les membres de la communauté d'expression anglaise					
Le renouvellement du programme d'accès évolue dans un contexte d'amélioration continue de la qualité.					
Les améliorations apportées depuis le dernier renouvellement du programme d'accès se font à partir de données probantes.					
Commentaires :					
Recommandations :					

	Oui	Non	Sans objet
L'avis du Comité régional pour les programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise a été obtenu et déposé au Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise.			
L'approbation du conseil d'administration de l'établissement a été obtenue et déposée au Comité provincial.			

Le portrait de la population d'expression anglaise et de ses besoins	Totalement	Majoritairement	Partiellement	Nullement	Sans objet
Le portrait représente l'ensemble de la population d'expression anglaise du territoire desservi.					
Les consultations effectuées pour aider à dresser le portrait des besoins ont été inclusives et pertinentes (à l'interne et à l'externe).					
Le portrait est fondé sur des données récentes, pertinentes, complémentaires (quantitative et qualitative) et de qualité.					
Le portrait fait ressortir les particularités des besoins de la population d'expression anglaise propres à chaque programme-service.					
Le portrait tient compte de l'utilisation actuelle des services, de l'assistance supplémentaire requise et de la satisfaction des clients d'expression anglaise à l'égard des services.					
Commentaires :					
Recommandations :					

L'analyse des écarts	Totalement	Majoritairement	Partiellement	Nullement	Sans objet
L'analyse tient compte des besoins linguistiques des personnes d'expression anglaise.					
L'analyse permet de dégager les écarts à combler (lacunes en matière d'accès aux services en langue anglaise) par programme-service ainsi que pour l'ensemble de l'établissement.					
L'analyse tient compte des inégalités, pour les personnes d'expression anglaise, dans l'accessibilité, la continuité et la qualité des services, provoquées par des barrières linguistiques.					
L'analyse formule des pistes d'amélioration possibles et des ajustements requis pour le rehaussement du programme d'accès, selon chaque programme-service et pour l'ensemble de					

l'établissement.					
Les pistes d'amélioration sont présentées selon leur priorité d'implantation.					
Commentaires :					
Recommandations :					

Les modes d'accès	Totalement	Majoritairement	Partiellement	Nullement	Sans objet
Les installations qui sont tenus de rendre des services en langue anglaise sont clairement identifiées.					
Les services disponibles en langue anglaise ainsi que les modes d'accès privilégiés sont identifiés selon chaque programme-services.					
Les modes d'accès aux services en langue anglaise soutiennent la continuité des services en langue anglaise tout au long des trajectoires des programmes-services.					
Les modes d'accès aux services en langue anglaise et les mesures organisationnelles mises en place pour soutenir le programme d'accès font preuve d'innovation et reflètent les pratiques prometteuses en matière d'accès aux services en langue anglaise.					
L'éventail des modes d'accès aux services en langue anglaise est suffisamment large pour répondre aux besoins de la population desservie en fonction des particularités de la région.					
Les modes d'accès aux services en langue anglaise sont soutenus, entre autre, par des technologies telles que la télésanté, des lexiques en ligne ou informatisés, du matériel éducatif en langue anglaise, la collaboration avec des organismes communautaires, ou par des séances informatives par visioconférence sur la promotion de la santé et la prévention de maladies.					
L'établissement institut des partenariats avec d'autres prestataires de services pour combler l'offre de services en langue anglaise selon les besoins identifiés.					
Les partenariats établis sont rédigés sous forme d'ententes de services formelles et signées, précisant les rôles et les					

responsabilités de chaque partenaire.					
Une copie de chaque entente de services signée est déposée au Comité provincial.					
L'inventaire des services accessible en langue anglaise peut être facilement consulté.					
Les modes d'accès privilégiés par l'établissement intègrent des pistes d'amélioration identifiées selon l'analyse des écarts.					
Commentaires :					
Recommandations :					

Conformité aux orientations ministérielles privilégiées	Totalement	Majoritairement	Partiellement	Nullement	Sans objet
Le programme d'accès reflète la responsabilité populationnelle du centre intégré. OU					
Le programme d'accès reflète le mandat suprarégional de l'établissement universitaire non-fusionné.					
Les mécanismes de référence établis dans le cadre de la hiérarchisation des services tiennent compte des besoins d'accès linguistique pour les personnes d'expression anglaise.					
Le cheminement de la personne d'expression anglaise vers des services en langue anglaise est facilité dans le réseau, au long des trajectoires de services.					
Dans la poursuite d'une intervention clinique réussie, les modes d'accès aux services sont publiques, facilement accessibles aux intervenants et à toute personne désireuse de les consulter.					
La participation des personnes aux plans d'intervention et aux plans de services, ainsi qu'aux décisions affectant leur état de santé et de bien-être est respectée.					
Commentaires :					
Recommandations :					

ANNEXE A5

Gabarit suggéré, exemple d'un Programme d'accès

Programme d'accès aux services de santé et aux
services sociaux en langue anglaise du
(Nom de l'établissement)

Table des matières

Introduction 5

Cadre législatif..... 7

Contexte organisationnel..... 8

La démarche d’élaboration du programme d’accès 8

Les besoins d’accès aux services en langue anglaise 8

Analyse des écarts..... 11

Modes d’accès aux services en langue anglaise selon les programmes-services..... 12

 Résumé des améliorations apportées au programme d’accès antérieur..... 12

 Installations offrant les services en langue anglaise..... 13

 Modes d’accès privilégiés 14

Suivi et évaluation du programme d’accès..... 27

Liste des annexes

- Avis du Comité régional
- Liste des membres du Comité régional
- Résolution du conseil d'administration
- Moyens par lesquels l'inventaire des services accessibles en langue anglaise sera diffusé
- Organigramme de l'établissement
- Liste de l'ensemble des installations de l'établissement
- Carte géographique illustrant l'emplacement des installations de l'établissement
- Plan de travail (gabarit, voir annexe A5.1)
- Profils statistiques de la population d'expression anglaise de la région (profil PLOP et groupes d'âge) (gabarit, voir annexe A5.2)
- Besoins de la CEA en matière d'accès aux services en langue anglaise (tableau des consultations effectuées) (gabarit, voir annexe A5.3)
- Besoins de la Communauté d'expression anglaise – sommaire qualitatif (gabarit, voir annexe A5.4)
- Copies d'ententes de service signées avec d'autres établissements

Introduction

L'importance de l'accès linguistique des services de santé et des services sociaux

Les anglophones unilingues et ceux rapportant une connaissance minimale du français sont plus susceptibles que leurs homologues francophones d'être dans une situation où simultanément ils sont en mauvaise santé et n'ont eu aucun recours aux services de santé¹.

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, l'accès à l'information en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise est essentiel à leur participation à la planification et à la mise en œuvre des programmes-services, sur le plan collectif, et à leur participation au traitement d'une intervention clinique réussie, sur le plan individuel.

Les services de santé et les services sociaux qui sont linguistiquement mal adaptés peuvent entraîner des erreurs médicales graves². La littérature scientifique contient de nombreux exemples de barrières linguistiques ayant compromis l'accessibilité et la qualité des services de santé et des services sociaux, entre autres des erreurs de médicaments, de mauvais diagnostics et une exposition inutile aux risques.

Dans de tels contextes, il est évident qu'une communication claire entre l'intervenant de la santé et l'utilisateur est indispensable à la qualité et à la sécurité des services donnés³.

Outre le risque à la sécurité qu'entraînent les barrières linguistiques lors de la prestation de services, les personnes d'expression anglaise ayant une connaissance limitée du français ont plus de difficultés que les autres à naviguer dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). L'encadrement de la communication avec les personnes en situation linguistique minoritaire assure l'exactitude des informations échangées, le consentement éclairé et le respect de la confidentialité en tout temps. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) constate qu'une piètre communication avec les usagers de langue minoritaire entraîne des visites plus longues et moins fréquentes aux cliniques, des visites plus nombreuses au service d'urgence, moins de suivis, une plus grande insatisfaction quant aux services reçus, une hospitalisation plus fréquente et des examens médicaux plus nombreux, augmentant ainsi le coût des services⁴.

Les initiatives d'amélioration de la qualité des services et de réduction du taux d'erreurs médicales ne peuvent faire fi de l'importance d'une communication fidèle et efficace entre les prestataires de services de santé et de services sociaux et leurs usagers d'expression anglaise.

Outre les exigences légales, les prestataires de services sont tenus d'offrir ces derniers de façon à ce que les usagers puissent les comprendre, à défaut de quoi ces services pourraient entraîner des problèmes de nature éthique. Les problèmes de nature éthique peuvent prendre plusieurs formes⁵ :

-  le défaut de fournir des services conformes à la norme appliquée aux services donnés à d'autres usagers;
-  le défaut d'assurer adéquatement le consentement éclairé des usagers aux traitements qu'ils subissent.

Une communication efficace s'impose également en ce qui concerne les initiatives de promotion de la santé et de prévention de la maladie afin que les personnes d'expression anglaise puissent participer pleinement au maintien de leur santé et la prennent véritablement en main⁶.

¹ Falcone, J. et Quesnel-Vallée, A. Les disparités d'accès aux soins de santé parmi la minorité de langue officielle au Québec. Recherches sociographiques, LV, 3, 2014 : (SCSS).

² Bowen, Sarah. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Santé Canada, 2001.

www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php

³ Aucoin, L. Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé : analyse critique de la littérature. Rapport présenté à la Société santé en français. 15 mai 2008.

⁴ Ouimet, A.-M., Trempe, N., Vissandjée, B. et Bourdon, J.-F. Adaptation linguistique des soins et des services de santé : enjeux et stratégies. INSPQ, janvier 2013.

⁵ Bowen, Sarah. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Santé Canada, 2001.

www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php

⁶ Office régional de la santé de Winnipeg. Regional Interpreter Services - Language Access Policy, juillet 2013. wrha.mb.ca/about/policy/files/10.40.210.pdf

Le programme d'accès est essentiel pour soutenir les établissements et le personnel dans l'offre de services à la communauté d'expression anglaise.

Objectif du programme d'accès

Le programme d'accès vise à rendre accessible aux personnes d'expression anglaise une gamme de services de santé et de services sociaux en langue anglaise qui soit la plus complète possible et le plus près possible du milieu de vie de ces personnes⁷.

Il indique la manière, le service et le lieu (installation ou établissement) pour lesquels il y a obligation de rendre les services de santé et les services sociaux accessibles en langue anglaise pour la population d'expression anglaise, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières des établissements et dans le respect des lois en vigueur⁸.

Les objectifs du programme d'accès sont les suivants :

1. dresser le portrait des besoins sociosanitaires et des particularités des personnes d'expression anglaise de la région;
2. déterminer les services de santé et les services sociaux requis pour répondre aux besoins reconnus;
3. faire l'analyse des écarts à combler pour atteindre les objectifs d'accès, de continuité et de qualité des services pour les personnes d'expression anglaise dans le cadre du programme d'accès;
4. déterminer les prestataires de services – en précisant les lieux indiqués et, s'il y a lieu, désignés^{9, 10} – qui ont l'obligation de rendre des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;
5. définir les modes d'accès aux services en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise.

Orientations privilégiées

Ces orientations constituent des paramètres permettant à l'établissement de fixer des balises régionales afin d'élaborer son programme d'accès, et de déterminer les modes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise. Ces orientations s'appuient sur les principes fondamentaux du RSSS.

- 1) *La responsabilité populationnelle*. Les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local ou régional¹¹ sont amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population. Ils doivent rendre accessible un ensemble de services le plus complet possible, en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la composent¹².
- 2) *La hiérarchisation des services*. La complémentarité des services est nécessaire pour faciliter le cheminement des personnes d'un service à l'autre, suivant les mécanismes utilisés par les intervenants. Ces mécanismes supposent qu'on puisse diriger les personnes vers des services de proximité et des services spécialisés et surspécialisés. Pour leur assurer des services en langue anglaise, l'établissement doit guider les personnes d'expression anglaise vers les services requis et les diriger vers l'endroit adéquat où elles pourront obtenir réponse à leurs besoins dans leur langue, tout en respectant les droits des personnes, les normes éthiques et les standards de pertinence et d'accès reconnus.

⁷ Les services en langue anglaise peuvent être rendus dans leur localité, dans leur région, ou, le cas échéant, dans une autre région que celle des personnes d'expression anglaise.

⁸ Notamment des articles 1, 4 et 29.1 de la Charte de la langue française.

⁹ Voir les définitions des lieux suivants : installation non reconnue – indiquée; établissement reconnu – indiqué; installation reconnue – désignée; établissement reconnu – désigné ou regroupé.

¹⁰ Les établissements doivent inclure dans le programme d'accès les établissements désignés en vertu de l'article 508 de la LSSS.

¹¹ Les établissements publics non fusionnés ont un mandat suprarégional.

¹² Les établissements non fusionnés font exception étant donné leur mandat.

- 3) *Le cheminement facilité de la personne dans le réseau.* Une réponse adéquate aux besoins de chaque personne exige que le système effectue les adaptations nécessaires. Il n'incombe pas à l'utilisateur d'expression anglaise de naviguer dans le système afin de recevoir les services dans sa langue, mais plutôt à ce dernier de l'accueillir, de clarifier avec lui ses besoins, de proposer la réponse la plus appropriée et de l'orienter vers un service adéquat. Une connaissance du programme d'accès permettra à l'intervenant d'orienter la personne d'expression anglaise vers le bon service, au bon moment. Un tel cheminement dépend en partie de la transversalité du programme d'accès au sein de l'établissement, assurée par la participation, la responsabilisation et la concertation d'un ensemble de directions.
- 4) *L'intervention clinique réussie.* Dans le domaine de la santé et des services sociaux, il est reconnu que la langue de l'utilisateur est un outil essentiel pour assurer la réussite de l'intervention clinique. Pour recevoir des services adéquats, une personne d'expression anglaise, comme toute autre personne, a besoin d'écoute et de communication. Lorsque sa santé est en cause, s'exprimer en anglais peut devenir un besoin, voire une nécessité. C'est par la reconnaissance de ce besoin et par une réponse adaptée et personnalisée que se définit une intervention clinique réussie. Pour améliorer la communication et la réponse aux besoins lors d'une intervention clinique, on doit s'assurer que l'information contenue dans le programme d'accès est connue et facile à utiliser pour l'intervenant qui doit répondre à l'utilisateur et le guider. L'intervenant doit pouvoir informer ce dernier de l'endroit où les services en langue anglaise pourraient lui être rendus et de la façon dont ils pourraient l'être. À cette fin, les modes d'accès aux services doivent être publics et facilement accessibles aux intervenants et à toute personne désireuse de les consulter.
- 5) *La participation des personnes d'expression anglaise.* Dans le domaine de la santé et des services sociaux, la participation des personnes aux plans d'intervention et aux plans de services ainsi qu'aux décisions affectant leur état de santé et de bien-être est nécessaire à la réussite des interventions. Sur le plan collectif, la participation des personnes issues des communautés d'expression anglaise est indispensable à l'élaboration d'un programme d'accès efficace. Dans chaque région ou territoire, le programme d'accès doit être le résultat d'une démarche qui assure la participation de personnes issues de ces communautés et qui leur permet d'exprimer leurs besoins à l'égard de la prestation des services en langue anglaise. Il incombe à l'établissement de prendre les moyens nécessaires afin de tenir compte de ces besoins dans l'organisation et la prestation des services.

Les programmes d'accès offerts dans chaque région constituent le mécanisme selon lequel s'applique la garantie législative d'accès de la population d'expression anglaise aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise.

Cadre législatif

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (RLRQ, chapitre S-4.2)¹³ balise les droits des usagers et les responsabilités des établissements quant à l'organisation des services.

Aux articles 4 à 16, la LSSSS prévoit pour toute personne certains droits, dont celui « *d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles, de recevoir des services de façon personnalisée et de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir ces services* » (RLRQ., chapitre S-4.2).

Certains articles décrivent plus précisément l'exercice de ces responsabilités afin d'assurer aux personnes d'expression anglaise l'accès à des services dans leur langue. L'article 15 de la LSSSS, notamment, reconnaît pour les personnes d'expression anglaise « *le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et*

¹³ Québec (Gouvernement du) (2006). Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), Éditeur officiel du Québec, art. 15.

dans la mesure où le prévoit un programme d'accès visé à l'article 348 » (RLRQ., chapitre S-4.2, art. 15). De plus, selon l'article 76 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2) (LMRSSS), les établissements doivent désormais tenir compte des compétences linguistiques requises du personnel chargé de fournir les services aux personnes d'expression anglaise (LMRSSS, art. 76).

Afin que les personnes d'expression anglaise puissent recevoir les services de santé et les services sociaux dont elles ont besoin en langue anglaise, certaines installations sont désignées pour offrir l'ensemble de leurs services en langue anglaise alors que d'autres offrent certains services en anglais.

Chaque établissement est alors chargé d'élaborer un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de sa région. Le programme d'accès doit ainsi déterminer les services accessibles en langue anglaise dans les installations indiquées (LMRSSS, art. 76). Le programme d'accès peut, le cas échéant, inclure des installations d'autres établissements avec lesquels il existe une entente de service formelle. Notons qu'à la suite de l'adoption de la LMRSSS, la période de renouvellement des programmes d'accès et de leur approbation par le gouvernement est passée de trois ans à cinq ans.

Contexte organisationnel

Définir le contexte organisationnel de l'établissement :

- 1. déterminer les installations de l'établissement (nom et mission);*
- 2. décrire les réseaux territoriaux et locaux;*
- 3. déterminer les partenaires du réseau territorial.*

Documents à joindre en **annexe** :

- Organigramme de l'établissement
- Liste de l'ensemble des installations de l'établissement
- Carte géographique illustrant l'emplacement des installations de l'établissement

La démarche d'élaboration du programme d'accès

Décrivez la démarche d'élaboration du programme d'accès et précisez quelles ont été les parties consultées dans l'élaboration du programme d'accès.

Document à joindre en **annexe** :

- Plan de travail (gabarit, annexe A5.1)

Les besoins d'accès aux services en langue anglaise

Profil sociodémographique de la population d'expression anglaise sur le territoire servi

Les sources usuelles de dénombrement de la population d'expression anglaise ne tiennent pas compte de la définition des personnes d'expression anglaise retenue pour les programmes d'accès, soit :

Les personnes qui se sentent plus à l'aise d'exprimer leurs besoins et de recevoir leurs services en anglais.

Conscients de cette situation, les établissements dressent toutefois le portrait de la population d'expression anglaise à partir des données du dernier recensement.

Afin d'estimer le nombre de personnes d'expression anglaise susceptibles de requérir les services, un comparatif et une analyse de différentes variables sont nécessaires. Rappelons que, dans le contexte du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise :

Il est nécessaire de démontrer que les variables utilisées ciblent le plus grand nombre possible de personnes d'expression anglaise touchées par les services et susceptibles de recourir aux services de l'établissement¹⁴.

La variable « langue maternelle » se définit comme étant la première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise par le recensé au moment du recensement, alors que la « première langue officielle parlée » (PLOP) est une variable dérivée. Cette dernière tient compte, premièrement, de la connaissance des deux langues officielles, deuxièmement, de la langue maternelle et, troisièmement, de la langue parlée à la maison¹⁵. Comparativement au concept de la langue maternelle, le concept de la PLOP est donc plus inclusif¹⁶. C'est pourquoi le bassin potentiel maximal est normalement déterminé à partir de la première langue officielle parlée (PLOP)^{17, 18}.

En plus de connaître la distribution de la population selon la PLOP et l'âge, le programme d'accès devrait tenir compte d'autres variables associées aux déterminants de la santé.

Plusieurs facteurs sociodémographiques sont liés à l'état de santé individuel et collectif, notamment l'éducation, le revenu, l'emploi, les environnements sociaux, les réseaux de soutien social et l'accès au réseau de santé et de services sociaux.

À titre d'exemple, l'éducation et le revenu sont liés au niveau de santé et à la satisfaction dans la vie, l'éducation ayant un lien plus important chez les aînés¹⁹. De plus, une faible scolarité est associée à de faibles taux de littératie en matière de santé, ainsi qu'à des risques plus élevés de problèmes sociaux ou de problèmes liés à la santé.

Les aînés d'expression anglaise font face à des défis particuliers associés aux barrières linguistiques, tels que des inégalités socioéconomiques et un manque de reconnaissance des besoins particuliers de personnes vivant en situation linguistique minoritaire :

« Les aînés d'expression anglaise au Québec forment près du tiers du total de la population anglophone. Plusieurs d'entre eux sont isolés socialement et n'ont que peu ou pas de membres de leur famille pour prendre soin d'eux. En raison des barrières linguistiques, beaucoup d'aînés choisissent de ne pas avoir recours aux services quand ils en ont besoin. Il y a un nombre étonnamment élevé d'aînés d'expression anglaise qui vivent seuls et dans une situation de faible revenu²⁰. »

¹⁴ Québec (Gouvernement du). Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise*, Québec, MSSS, 2006, 37 p.

¹⁵ Statistique Canada. *Dictionnaire du recensement de 2011. Première langue officielle parlée*. <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/ref/dict/pop034-fra.cfm>. Page Web consultée le 26 juillet 2016.

¹⁶ Citoyenneté et Immigration Canada. *Considérations au sujet de la définition des populations*. <http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/recherche/anglophones-quebec/section2.asp>. Page Web consultée le 26 juillet 2016.

¹⁷ Statistique Canada. *Variables langues – par unité statistique*. <http://www.statcan.gc.ca/fra/concepts/definitions/langue>. Page Web consultée le 12 mai 2016.

¹⁸ Statistique Canada. *Dictionnaire du recensement de 2011*. <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/ref/dict/azindex-fra.cfm>. Page Web consultée le 12 mai 2016.

¹⁹ Roberts et Fawcett. (2001). *Personnes à risque : analyse socioéconomique de la santé et de l'alphabétisme chez les personnes âgées*. Statistique Canada : Ottawa. <http://www.statcan.gc.ca>

²⁰ Kueber, R. *Promotion de la santé et du bien-être des aînés d'expression anglaise du Québec : un modèle communautaire*. Réseau communautaire de la santé et de services sociaux. 2016. p. 3.

Le faible revenu et la pauvreté sont liés à un mauvais état de santé. Or, les aînés et les personnes d'expression anglaise âgées de 45 à 64 ans, appelées parfois la « génération sandwich », qui ont la charge d'enfants et de parents âgés, vivent plus souvent avec un faible revenu comparativement à la majorité dans 12 des 17 régions au Québec²¹. Une étude de l'INSPQ confirme que :

« les anglophones sont proportionnellement plus nombreux à vivre sous le seuil de faible revenu et à être touchés par le chômage²² ».

Étant donné que les personnes en situation linguistique minoritaire peuvent être à un désavantage quant à ces facteurs déterminants de l'état de santé et que les besoins des personnes d'expression anglaise peuvent varier d'une région à l'autre, il est important de tenir compte de ces facteurs dans le contexte du programme d'accès aux services en langue anglaise.

Comprendre les différences sociales et socioéconomiques entre les personnes d'expression anglaise et l'ensemble de la population est donc important dans la planification d'un programme d'accès. L'absence d'une telle analyse pourrait atténuer l'efficacité des mesures d'amélioration ciblées dans un programme d'accès ou encore masquer les besoins prioritaires de la communauté d'expression anglaise en matière d'accès aux services de santé et services sociaux en langue anglaise.

Distribution de la population selon la PLOP²³ et le groupe d'âge

Résumez les données sur la première langue officielle parlée provenant du recensement de Statistique Canada, en utilisant des tableaux, des graphiques ou tout autre moyen que vous jugez à propos²⁴.

Profil sociodémographique de la communauté d'expression anglaise (CEA)

Insérez d'autres tableaux au besoin (par exemple, des tableaux de facteurs socioéconomiques).

Résumé du profil sociodémographique de la population d'expression anglaise.

À l'aide de l'annexe 5.4 « Besoins de la communauté d'expression anglaise – sommaire qualitatif », fournissez les informations suivantes :

Utilisation des services en langue anglaise

Résumé de l'état de la situation de l'utilisation des services en langue anglaise selon les informations recueillies.

Sommaire des besoins d'accès aux services en langue anglaise

Résumé des besoins.

²¹ Quebec Community Groups Network (QCGN) (2013). Pocock, J. *Profil sociodémographique des aînés d'expression anglaise du Québec*, section 2, p. 11. <http://www.qcgn-seniors.org/statistical-profile.html>

²² Institut national de santé publique du Québec (2012). *La situation socioéconomique des anglophones du Québec*. Québec : gouvernement du Québec. <http://chssn.org/pdf/En/INSPQ/SituationSocioEconoAngloQc.pdf>

²³ PLOP est la première langue officielle parlée.

²⁴ Statistique Canada. 2012. Québec, Québec (Code 2423027) et Québec (Code 24) (tableau). Profil du recensement, recensement de 2011, produit n° 98-316-XWF au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 24 octobre 2012. <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>. Téléchargement de données Québec selon régions sociosanitaires. N° de catalogue : 98-316-XWE2011001-1701. Page Web consultée le 12 mai 2016.

Documents à joindre en **annexe** :

- Profils statistiques de la population d'expression anglaise de la région (profil PLOP et groupes d'âge) (gabarit, annexe A5.2)
- Besoins de la CEA en matière d'accès aux services en langue anglaise (tableau des consultations effectuées) (gabarit, annexe A5.3)
- Besoins de la communauté d'expression anglaise – sommaire qualitatif (gabarit, annexe A5.4)

Analyse des écarts

L'analyse des écarts vise à connaître l'impact que représentent les barrières linguistiques sur l'accès, la continuité et la qualité des services auprès de la population d'expression anglaise. Elle se fait dans le cadre du programme d'accès aux services en langue anglaise et ne fait pas l'objet d'une évaluation des services de santé et des services sociaux. L'analyse dégage les écarts entre les besoins en matière d'accès linguistique et les modes d'accès actuels. Elle permet aux établissements de dégager des pistes d'améliorations pouvant être apportées aux modes d'accès actuels.

Pour chaque programme-service, résumez votre analyse des écarts entre les besoins et les services actuels en ce qui a trait à l'accessibilité, à la continuité et à la qualité des services en langue anglaise, dans le cadre du programme d'accès aux services en langue anglaise.

Programme-service : Santé publique

	Résumé des écarts	Pistes d'amélioration
Accessibilité		
Continuité		
Qualité		

Programme-service : Jeunesse

	Résumé des écarts	Pistes d'amélioration
Accessibilité		
Continuité		
Qualité		

Programme-service : Déficience intellectuelle / Trouble du spectre de l'autisme / Déficience physique (DI-TSA-DP)

	Résumé des écarts	Pistes d'amélioration
Accessibilité		
Continuité		
Qualité		

Programme-service : Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

	Résumé des écarts	Pistes d'amélioration
Accessibilité		
Continuité		
Qualité		

Programme-service : Santé mentale et dépendance

	Résumé des écarts	Pistes d'amélioration
Accessibilité		
Continuité		
Qualité		

Programme-service : Services généraux

	Résumé des écarts	Pistes d'amélioration
Accessibilité		
Continuité		
Qualité		

Programme-service : Santé physique

	Résumé des écarts	Pistes d'amélioration
Accessibilité		
Continuité		
Qualité		

Notes sommaires sur l'analyse des écarts en matière d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise.

Modes d'accès aux services en langue anglaise selon les programmes-services

Le renouvellement du programme d'accès est une occasion pour l'établissement de réaligner son programme d'accès en fonction des besoins actuels de la population d'expression anglaise. Depuis le dernier renouvellement, les besoins de la population d'expression anglaise pourraient avoir changé ou les leçons du passé tirées par l'établissement pourraient l'avoir mené à considérer de nouvelles pistes d'amélioration.

Les modes d'accès aux services en langue anglaise sont définis à partir des modes actuels et sont adaptés en fonction de l'analyse des besoins de la population et des écarts actuels.

Résumé des améliorations apportées au programme d'accès antérieur

Les améliorations suivantes ont été apportées au programme d'accès dans le but d'atteindre une meilleure adéquation entre les besoins d'accès aux services en langue anglaise et les modes d'accès privilégiés.

Dans l'ensemble du programme d'accès :

(Résumé des améliorations apportées au programme d'accès antérieur.)

Particuliers aux programmes-services :

Programme-service : Santé publique

(Résumé des améliorations apportées au programme d'accès antérieur.)

Programme-service : Jeunesse

(Résumé des améliorations apportées au programme d'accès antérieur.)

Programme-service : DI / TSA / DP

(Résumé des améliorations apportées au programme d'accès antérieur.)

Programme-service : SAPA

(Résumé des améliorations apportées au programme d'accès antérieur.)

Programme-service : Santé mentale et dépendance

(Résumé des améliorations apportées au programme d'accès antérieur.)

Programme-service : Services généraux

(Résumé des améliorations apportées au programme d'accès antérieur.)

Programme-service : Santé physique

(Résumé des améliorations apportées au programme d'accès antérieur.)

Installations offrant les services en langue anglaise

La population d'expression anglaise sur le territoire du *(nom de l'établissement)* peut recevoir des services en langue anglaise dans les installations suivantes :

Installations indiquées

Il existe *(nombre)* installations indiquées sur le territoire du CISSS / CIUSSS *(nom)*.

Liste des installations indiquées

Installations désignées

Il existe *(nombre)* installations désignées sur le territoire (s'il y a lieu).

Liste des installations désignées

Ententes de service

De plus, le (*nom de l'établissement*) a conclu des ententes de service avec l'établissement suivant / les établissements suivants pour offrir les services en langue anglaise dans le cadre du Programme d'accès ou d'un corridor de services établi pour les services spécialisés ou surspécialisés :

Inclure une copie de chaque entente signée en annexe.

Nom de l'établissement avec lequel une entente est conclue (SVP indiquez une installation par ligne)	Programme-service	Service	Mode d'accès principal aux services en langue anglaise

Documents à joindre en **annexe** :

- Copies d'ententes de service signées avec d'autres établissements

Modes d'accès privilégiés

Résumé des modes d'accès aux services en langue anglaise offerts dans l'ensemble de l'établissement

Cochez tous les modes d'accès aux services en langue anglaise offerts dans l'ensemble de l'établissement

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Prestation de services en langue anglaise par le personnel de l'établissement | ☐ |
| 2. Ententes de service (incluant les corridors de services) | ☐ |
| 3. Interprètes formels | ☐ |
| 4. Interprètes informels (membres du personnel bilingues agissant à titre d'interprètes) | ☐ |
| 5. Interprètes informels (agents de liaison, etc. agissant à titre d'interprètes) | ☐ |
| 6. Autres (précisez) : | ☐ |

Modes d'accès privilégiés selon chaque programme-service

Pour chaque service, précisez, parmi l'ensemble des modes d'accès énumérés dans le tableau précédent, un seul mode d'accès en langue anglaise privilégié dans l'installation indiquée ou désignée.

Programme-service : Santé publique

À être rempli par le directeur de la santé publique

Service	Installations indiquées					Installations désignées					Commentaires
	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	
Cliniques (vaccinales, etc.)											
Autres (précisez)											

Programme-service : Jeunesse

À être rempli par le directeur de la Direction jeunesse

Service		Installations indiquées					Installations désignées					Commentaires
		<i>nom de l'installation</i>	<i>nom de l'installation</i>	<i>nom de l'installation</i>	<i>nom de l'installation</i>	<i>nom de l'installation</i>	<i>nom de l'installation</i>	<i>nom de l'installation</i>	<i>nom de l'installation</i>	<i>nom de l'installation</i>	<i>nom de l'installation</i>	
1 ^{re} ligne	Info-santé / Info-social											
	Ligne de crises											
	Accueil											
	Réception et traitement des signalements											
	Évaluation – Orientation											
Centre jeunesse	Urgence sociale											
	Services psychosociaux et réadaptation (LSSSS)											
	Services psychosociaux et réadaptation (LPJ)											
	Services psychosociaux (LPC)											
	Services prédécisionnels (LJC)											
	Services d'expertise à la Cour supérieure en matière de garde d'enfants et de droits de visites et de sorties											
	Services d'adoption											
	Services de recherche des antécédents biologiques et de retrouvailles											
Services spécialisés / autres services	Ressources de types familial et intermédiaire											
	Autres											
Autres (précisez)												

Programme-service : Déficience physique (Direction DI-TSA-DP)

À être rempli par le directeur de la Direction DI-TSA-DP

				Installations indiquées					Installations désignées					Commentaires
Service				nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation		
Accueil – Réception														
Évaluation – Orientation														
Déficience motrice	Réadaptation fonctionnelle intensive	Enfants et adolescents												
		Adultes												
	Adaptation, réadaptation, réinsertion, intégration sociale	Enfants et adolescents (général)	Langage (orthophonie, éducation spécialisée, etc.)											
			Motrice (ergothérapie, physiothérapie, psychosociale, éducation spécialisée, etc.)											
			Services à domicile ou en milieu scolaire											
			Neuropsychologie											
		Adultes (général)	Langage (orthophonie, etc.)											
			Motrice (ergothérapie, physiothérapie, psychosociale, éducation spécialisée, etc.)											
			Services à domicile											
			Neuropsychologie											
	Évaluation capacités de travail (incluant orientation et retour au travail)													
	Services d'aides techniques (SAT) (enfants – adolescents – adultes)													
	Traumatisés cranio-encéphaliques (craniocérébral) (enfants – adolescents – adultes)													
	Blessures médullaires (enfants – adolescents – adultes)													
	Traumatologie (enfants – adolescents – adultes)													
	Conduite automobile et adaptation au véhicule (enfants – adolescents – adultes)													
	Ressources de types familial et intermédiaire (RI-RTF)													
Déficience sensorielle	Réadaptation en déficience auditive													
	Réadaptation en déficience visuelle													

Programme-service : Déficience intellectuelle (Direction DI-TSA-DP)

À être rempli par le directeur de la Direction DI-TSA-DP

Service				Installations indiquées					Installations désignées					Commentaires
				nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	
Accueil – Réception														
Évaluation – Orientation														
Retard global de développement (0-6 ans)	CRDI	Soutien à l'enfant, à la famille, aux proches et à la communauté	Stimulation précoce et assistance éducative (éducateur spécialisé)											
			Soutien aux proches et à la communauté (éducateur spécialisé)											
		Services professionnels spécialisés (ergothérapie, orthophonie, psychologie, physiothérapie, service social)												
	Autres	Services en milieu scolaire ou à domicile												
		Répit spécialisé												
		Services résidentiels												
Enfants et adolescents (7-17 ans)	CRDI	Soutien à l'enfant ou aux adolescents, à la famille, aux proches et à la communauté	Assistance éducative											
			Soutien aux proches et à la communauté											
		Services professionnels spécialisés (ergothérapie, orthophonie, psychologie, physiothérapie, service social)												
		Expertise en troubles graves du comportement (TGC)												
	Autres	Services en milieu scolaire ou à domicile												
		Répit spécialisé												
		Services résidentiels	Ressource de type familial (RTF)											
			Ressource intermédiaire (RI)											
			Ressource intermédiaire spécialisée (RIS)											
			Résidence à assistance continue (RAC)											
Adultes et aînés	CRDI	Soutien à la	Assistance éducative											

[illegible]

Programme-service : Trouble du spectre de l'autisme (Direction DI-TSA-DP)

À être rempli par le directeur de la Direction DI-TSA-DP

Service			Installations indiquées					Installations désignées					Commentaires
			nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	
Accueil – Réception													
Évaluation - Orientation													
En bas âge (0-5 ans)	Le programme d'intervention comportementale intensive (ICI) en milieux intégrés												
	Soutien à l'enfant, à la famille, aux proches et à la communauté	Stimulation précoce et assistance éducative											
		Soutien aux proches et à la communauté											
	Services professionnels spécialisés (ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues, physiothérapeutes, infirmiers)												
	Répit spécialisé												
Enfants et adolescents (6-17 ans)	Soutien à l'enfant, à la famille, aux proches et à la communauté	Assistance éducative											
		Soutien aux proches et à la communauté											
	Services professionnels spécialisés (ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues, psychoéducateurs, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, infirmiers)												
	Expertise en troubles graves du comportement (TGC)												
	Répit spécialisé												
	Services résidentiels	Ressource de type familial (RTF) (0-17 ans)											
		Ressource intermédiaire (RI)											
		Ressource intermédiaire spécialisée (RIS)											
		Résidence à assistance continue (RAC)											
Adultes et aînés	Soutien à la	Assistance éducative											

(18 ans et plus)	personne, à la famille, aux proches et à la communauté	Soutien aux proches et à la communauté											
	Services professionnels spécialisés (ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues, psychoéducateurs, physiothérapeutes, travailleurs sociaux)												
	Expertise en troubles graves du comportement (TGC)												
	Répit spécialisé												
	Services résidentiels	Ressource de type familial (RTF)											
		Ressource intermédiaire (RI)											
		Ressource intermédiaire spécialisée (RIS)											
		Résidence à assistance continue (RAC)											
	Services socioprofessionnels	Services d'intégration à l'emploi											
		Services d'intégration au travail											
		Services de plateaux de travail											
		Services de plateaux sociocommunautaires											
		Centres d'activités de jour											

Programme-service : Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

À être rempli par le directeur de la Direction SAPA

		Installations indiquées					Installations désignées					Commentaires
Service		nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	
Info-santé / Info-social												
CLSC	Accueil – Réception – Direction											
	Évaluation – Orientation											
	Services cliniques médicaux											
	Services cliniques infirmiers											
	Services psychosociaux											
	Services réadaptation – physiothérapie											
	Services réadaptation – ergothérapie											
	Services réadaptation – inhalothérapie											
	Soins personnels											
	Autres											
CHSLD	Admission – Accueil – Direction											
	Hébergement et soins de longue durée											
	Hébergement temporaire – répit											
	Services réadaptation – physiothérapie											
	Services réadaptation – ergothérapie											
	Services réadaptation – inhalothérapie											
	Services psychosociaux											
	Service diéto-alimentaire											

Services spécialisés / autres services	Services dentaires											
	Loisirs – Récréologie – Animation											
	Centre de jour											
	Soins palliatifs											
	Urgences											
	Gériatrie – gérontologie											
	Gérontopsychiatrie											
	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive											

Programme-service : Santé mentale et dépendance

À être rempli par le directeur de la Direction Santé mentale et dépendance

Service		Installations indiquées					Installations désignées					Commentaires
		nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	
Urgences												
Centre de crise												
Info-santé / Info-social												
Accueil – Réception – Direction												
CLSC	Évaluation – Orientation											
	Services psychosociaux											
	Autres											
	Évaluation et interventions brèves											
Services spécialisés / autres services	Psychiatrie en déficience intellectuelle											
	Dépendance et santé mentale											
	Gérontopsychiatrie											
	Troubles anxieux et de l'humeur											
	Troubles relationnels et de la personnalité											
	Troubles psychotiques											
	Pédopsychiatrie (enfants et adolescents)											
	Troubles d'alimentation											
	Réadaptation et intégration sociale											
	Hébergement											
	Centre de réadaptation en dépendance											
	Autres											

Programme-service : Services généraux

À être rempli par les directeurs des Directions de services professionnels, infirmiers et multidisciplinaires

Service		Installations indiquées					Installations désignées					Commentaires
		nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	
Info-santé / Info-social												
Urgences												
CLSC	Accueil – Réception – Direction											
	Évaluation – Orientation											
	Services cliniques médicaux / GMF											
	Services cliniques infirmiers											
	Services psychosociaux											
	Services réadaptation – physiothérapie											
	Services réadaptation – ergothérapie											
	Services réadaptation – inhalothérapie											
	Soins personnels											
	Soins palliatifs											
	Autres											
Services spécialisés / surspécialisés / autres services	Cancer											
	Cardiologie											
	Pneumologie											
	Diabète											
	Neurologie											
	Gynécologie-obstétrique											
	Orthopédie											
	TTC											
	Grands brûlés											
	Pédiatrie											
	Soins palliatifs (autres que par le CLSC)											
	Autres											

Services de l'établissement non fusionné²⁵

À être rempli par les directeurs concernés

[illegible]

²⁵ Compte tenu de la diversité des établissements non fusionnés et du fait que ces derniers ne fonctionnent pas selon des programmes-services, veuillez indiquer les services offerts par votre établissement.

Suivi et évaluation du programme d'accès

Résumé des actions de communication du programme d'accès.

Précisez la direction responsable de la mise en œuvre du plan de communication interne et externe.

Précisez les actions de communication prévues.

Résumé du calendrier de mise en œuvre et de suivi du programme d'accès.

Précisez la direction chargée de la mise en œuvre et du suivi du programme d'accès, y compris de son évaluation.

Précisez le rôle du Comité régional dans le suivi et l'évaluation du programme d'accès.

Annexe 5.1

Gabarit - Plan de travail - pour le renouvellement du Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise

Nom de l'établissement:

Le responsable du Programme d'accès veille à l'élaboration, le suivi et l'évaluation du programme d'accès

R=responsable
P=partenaire / collaborateur
C = consulté
I = informé

Consultations (voir fiche de consultation des personnes / organismes impliqués dans l'élaboration du Plan d'accès ci-jointe)

Activité	Ministre	Secrétariat	Responsable	Consultation interne (Directeurs services cliniques, RH, organisateur communautaire, etc.)	Partenaires RSSS (municipalité, commission scolaire, etc.)	Cité régional d'accès aux services en langue anglaise	Représentants CEA (IRP, RCSSS)	Organismes communautaires, églises, etc (incluant forums, tables de quartier, etc.)	Autres (au besoin)	Membres de la CEA (échantillon)	Autres Consultations (noms d'interlocuteurs, mode de communication et dates)	Sources d'information	Outils disponibles	Date de début	Date de fin
Lancement du processus de renouvellement du programme d'accès et date butoir	R														date butoir
Élaborer le PLAN DE TRAVAIL et ANNONCER aux collaborateurs le plan de travail avec dates d'échéances			R										Fiche de consultation		
Dresser le PORTRAIT des besoins de santé et de bien-être de la population d'expression anglaise			R	P	P	C	C	C	C	C		. Statistiques Canada . RCSSS . INSPQ et Direction de la santé publique . Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise . Comité régional pour le programme d'accès aux services en langue anglaise . Professionnels du réseau . Membres de la CEA et organismes communautaires . Données administratives de l'établissement . Questionnaires et sondages (COA, Outils auto-évaluation, etc.)	Annexe 5.2 - Profil CEA		
Faire l'inventaire des modalités d'accès aux services en langue anglaise courantes dans le territoire / la région.			R	R	P		C	C	C	C			Annexe 5 - Modes d'accès actuels		
Analyser les écarts à combler pour rencontrer les objectifs d'accès et de continuité des services de santé et des services sociaux en langue anglaise.			R	R	C	C	C	C	C						
Définir, selon les programmes-services, les modalités d'accès aux services en langue anglaise qui feront l'objet du programme d'accès.			R	R		C							Annexe 5 - Mode accès programme-services		
Rédaction du programme d'accès			R										Annexe 5 - Programme d'accès aux services en langue anglaise		
Obtenir l'avis du Comité régional pour le programme d'accès			R			R									
Faire adopter le programme d'accès par résolution du Conseil d'administration			R	R		I									
Transmettre la proposition du Programme d'accès au ministre				R											
Analyser les écarts à combler pour rencontrer les objectifs d'accès et de continuité des services de santé et des services sociaux en langue anglaise.															
Obtenir l'avis du Comité provincial		R													
Analyser les programmes d'accès, en tenant compte de l'avis du Comité provincial		R													
Déposer un mémoire au Conseil des ministres sur chaque programme d'accès pour approbation par le gouvernement	R														
Communiquer les modes d'accès aux services en langue anglaise, par programme-service.			R	C	C	I	C	I	I	I					
Assurer le suivi et l'évaluation du programme d'accès.			R	R	C	C	I								

Annexe 5.1
Fiche de consultation des personnes / organismes impliqués dans l'élaboration du Plan d'accès - support au plan de travail

Consultation interne (Directeurs services cliniques, RH, organisateur communautaire, GMF, etc.)

Nom: Titre				
Courriel: Téléphone				

Partenaires - RSSS

Établissement / installation / organisme: Nom				
Titre				
Courriel				
Téléphone				

Cté régional pour les programmes d'accès aux services en langue anglaise

Date(s) de consultation:				
--------------------------	--	--	--	--

Représentants CEA (IRP, RCSSS)

Organisme / établissement / autre: Nom				
Titre				
Courriel				
Téléphone				

Organismes communautaires, commission scolaire, églises, etc

Territoire local où se situe l'organisme				
Nom de l'organisme				
Date(s) de consultation				

Autres (au besoin, par exemple, pharmacies, cabinets de médecins etc.)

Territoire local où se situe l'entreprise: Nom de l'organisme				
Date(s) de consultation				

Membres de la CEA

Territoire local / région représenté: Date(s) de consultation				

Annexe 5.2
Profils statistiques de la population d'expression anglaise de la région (Profil PLOP et groupes d'âge) (PLOP = Première langue officielle parlée)

Sources et dates :
(par exemple: Statistiques Canada – Recensement 2011)

		Population totale (PLOP F + PLOP A + autres)	PLOP Ang		PLOP Fra		Âge											
			No .	%	N o	%	PLOP Ang						PLOP Fra					
							0-4	5-19	20-24	25-44	45-64	65+	0-4	5-19	20-24	25-44	45-64	65+
Ensemble du Québec																		
Territoire / Région du centre intégré																		
Mandat régional	Territoire local CSLC 1																	
	Territoire local CSLC 2																	
	Territoire local CSLC 3																	
	Territoire local CSLC 4																	
	etc																	
Mandat supra-régional	Région desservie 1																	
	Région desservie 2																	
	Région desservie 3																	
	Région desservie 4																	
	Région desservie 5																	
	etc.																	

Annexe 5.3
Besoins de la CEA en matière d'accès aux services en langue anglaise (Tableau des consultations effectuées)

[illegible]

Annexe 5.4

Besoins de la communauté d'expression anglaise – sommaire qualitatif

Pour chaque programme-service, résumez votre analyse qualitative des besoins de la population d'expression anglaise, ou des enjeux auxquelles elle fait face, en matière d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise.
Il est important de prendre en considération l'impact des barrières linguistiques sur l'accès, la continuité et la qualité des services en langue anglaise.

Faire compléter par les directions cliniques impliquées

Programme-service : Santé Publique

Programme-service : Jeunesse

Programme-service : DI / TSA / DP

Programme-service : SAPA

Programme-service : Santé mentale et dépendance

Programme-service : Services généraux

BIBLIOGRAPHIE

Aucoin, L. Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé : analyse critique de la littérature. Rapport présenté à la Société santé en français. 15 mai 2008.

Battaglini, A. et Léonard, G. (2012). Projet de Cadre national de référence en matière d'interprétariat.

Bowen, S. (2004). Language Barriers within the Winnipeg Regional Health Authority, Evidence and Implications. Winnipeg Regional Health Authority.

Bowen, S. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Santé Canada, 2001. www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php

Citoyenneté et Immigration Canada. Considérations au sujet de la définition des populations. cic.gc.ca/francais/ressources/recherche/anglophones-quebec/section2.asp. Page Web consultée le 26 juillet 2016.

Conseil québécois d'agrément. Questionnaire pour mesurer la satisfaction de la clientèle des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). 2016.

de Moissac, D., Savard, S., Ba, H., Zellama, F., Benoit, J., Giasson, F. et Drolet, M. (2014). Le recrutement et la rétention des professionnels de la santé et des services sociaux bilingues en situation minoritaire.

Drolet, M., Savard, J., Benoît, J., Arcand, I., Savard, S., Lagacé, J. et Dubouloz, C. (2014). *Health services for linguistic minorities in a bilingual setting: Challenges for bilingual professionals*. Qualitative Health Research, 24(3), 295-305.

Falcone, J. et Quesnel-Vallée, A. Les disparités d'accès aux soins de santé parmi la minorité de langue officielle au Québec. Recherches sociographiques, LV, 3, 2014 : (SCSS).

Hoen, B., Nielsen, K. et Sasso, A. (2006). Health Care Interpreter Services: Strengthening Access to Primary Health Care National Report: An overview of the accomplishments, outcomes and learnings of the SAPHC project. Toronto.

Institut national de santé publique du Québec (2012). *La situation socioéconomique des anglophones du Québec*. Québec : gouvernement du Québec. chssn.org/pdf/En/INSPQ/SituationSocioEconoAngloQc.pdf

Institut national de santé publique du Québec. inspq.qc.ca. Page Web consultée le 12 mai 2016.

Institut national de santé publique du Québec (2013). Adaptation linguistique des soins et des services de santé : enjeux et stratégies.

Kueber, R. *Promotion de la santé et du bien-être des aînés d'expression anglaise du Québec. : un modèle communautaire*. Réseau communautaire de santé et de services sociaux. 2016. p. 3.

Ouimet, A.-M., Trempe, N., Vissandjée, B. et Bourdon, J.-F. Adaptation linguistique des soins et des services de santé : enjeux et stratégies. INSPQ, janvier 2013.

Québec (Gouvernement du) (2006). Loi sur les services de santé et les services sociaux. RLRQ., chapitre S-4.2, Éditeur officiel du Québec, art. 15.

Québec (Gouvernement du). Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, articles 206-207.

Québec (Gouvernement du) (2015). Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/O-7.2. Page Web consultée le 16 septembre 2016.

Québec (Gouvernement du). Atlas de la santé et des services sociaux du Québec – Réseaux universitaires intégrés de santé. msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=86. Page Web consultée le 20 septembre 2016.

Québec (Gouvernement du). **Charte de la langue française**. legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/C-11/. Page Web consultée le 16 septembre 2016.

Québec (Gouvernement du). **Ministère de la Santé et des Services sociaux**. Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise, Québec, MSSS, mars 2006, 37 p.

Québec (Gouvernement du). **Ministère de la Santé et des Services sociaux**. Système de santé et de services sociaux en bref. Réseaux territoriaux et locaux de services. msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/gouvernance-et-organisation/reseaux-locaux-de-services Page Web consultée le 25 juillet 2016.

Québec (Gouvernement du). **Ministère de la Santé et des Services sociaux**. Réorganisation du réseau – Portrait organisationnel. msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait. Page Web consultée le 14 septembre 2016.

Québec (Gouvernement du). **Ministère de la Santé et des Services sociaux**. Réorganisation du réseau – Fiches techniques. msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/medias/fiches-techniques-regionales-PL10.pdf. Page Web consultée le 14 septembre 2016.

Québec (Gouvernement du). **Office québécois de la langue française**. Aide-mémoire sur l'usage du français dans les services de santé et les services sociaux.

Quebec Community Groups Network (QCGN). (2013). Pocock, J. Profil socio-démographique des aînés d'expression anglaise du Québec, section 2, p. 11. qcgn-seniors.org/statistical-profile.html

Réseau communautaire de santé et de services sociaux (2016). Les services d'interprétariat en langue anglaise pour améliorer l'accès des personnes issues des communautés d'expression anglaise du Québec aux services de santé et aux services sociaux dans leur langue. Rapport d'état de la situation.

Réseau communautaire de santé et de services sociaux. chssn.org/fr/centre-de-documentation. Page Web consultée le 13 mai 2016.

Roberts et Fawcett. (2001). Personnes à risque : analyse socioéconomique de la santé et de l'alphabétisme chez les personnes âgées. Statistique Canada : Ottawa. statcan.gc.ca.

Statistique Canada. 2012. Québec, Québec (Code 2423027) et Québec (Code 24) (tableau). Profil du recensement, Recensement de 2011, produit n° 98-316-XWF au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 2 octobre 2012. statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F. Téléchargement de données Québec selon régions sociosanitaires. N° de catalogue : 98-316-XWE2011001-1701. Page Web consultée le 12 mai 2016.

Statistique Canada. 2012. statcan.gc.ca/start-debut-fra.html. Page Web consultée le 13 mai 2016.

Statistique Canada. Dictionnaire du recensement de 2011. Première langue officielle parlée. statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/ref/dict/pop034-fra.cfm. Page Web consultée le 26 juillet 2016.

Statistique Canada. Dictionnaire du recensement de 2011. statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/ref/dict/azindex-fra.cfm. Page Web consultée le 12 mai 2016.

Statistique Canada. Variables langues – par unité statistique. statcan.gc.ca/fra/concepts/definitions/langue. Page Web consultée le 12 mai 2016.

Tremblay, S. et Prata, G. Étude sur les services de santé linguistiquement et culturellement adaptés : portrait pancanadien. Société santé et mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB), avril 2012.