POUR DES SERVICES DE SANTÉ LINGUISTIQUEMENT ET CULTURELLEMENT ADAPTÉS

L'accessibilité linguistique est un déterminant de la qualité et de la sécurité des services de santé



RAPPORTS DES ÉTUDES :

Les normes de compétences culturelles et linguistiques en santé : étude exploratoire sur les normes américaines et Étude sur les services de santé linguistiquement et culturellement adaptés : portrait pancanadien.



La Société Santé en français et ses réseaux membres travaillent en faveur d'un meilleur accès aux soins et services de santé linguistiquement et culturellement adaptés aux francophones vivant en milieu minoritaire. Récemment, la Société et les réseaux ont entrepris des travaux afin de développer une stratégie globale et adaptée aux différents milieux d'intervention menant vers la mise en place de normes canadiennes pour des soins linguistiquement et culturellement compétents dans les établissements de santé. Les présents documents s'inscrivent dans ces travaux.

La Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB) et la Société Santé en français (SSF) tiennent à remercier tout particulièrement les membres du comité de pilotage, Annie Bédard, Jacinthe Desaulniers, Monique Langis, Caroline Vézina et Gilles Vienneau, et tous les autres qui ont offert des conseils et du temps dans la révision des contenus.

Société
Santé et Mieux-être en français
du Nouveau-Brunswick

SSF
Société Santé
en français

La production de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne sont pas nécessairement celles de Santé Canada.

Santé Canada Health Canada

Canada

LES NORMES DE COMPÉTENCES CULTURELLES ET LINGUISTIQUES EN SANTÉ :

étude exploratoire sur les normes américaines



Par Suzanne Tremblay
En collaboration avec Ghislaine Prata

2011

SULTREM INC.

Remerciements



Nous désirons remercier tous ceux et celles qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette initiative intitulée Les normes de compétences culturelles et linguistiques en santé : étude exploratoire sur les normes américaines.

Un remerciement tout à fait spécial est adressé aux personnes qui ont accepté de nous accorder des entrevues et à ceux et celles qui nous ont reçus avec une grande disponibilité au sein de leur ministère, organisation ou établissement au Canada et aux États-Unis. Les informations recueillies auprès de ces interlocuteurs constituent une partie très importante de cette étude et nous ont permis de dégager des constats et des pistes d'orientation qui pourront servir à guider les prochaines étapes.

Nous remercions tout particulièrement monsieur Guadalupe Pacheco de l'Office of Minority Health aux États-Unis qui nous a accordé une entrevue et qui a facilité l'identification et la liaison avec les établissements de santé ou programmes que nous avons visités aux États-Unis.

Nous souhaitons manifester notre appréciation aux membres du Comité de pilotage : monsieur Gilles Vienneau et mesdames Caroline Vézina et Annie Bédard qui ont contribué par leur expertise et leurs conseils à la réalisation de cette étude. Nous remercions également madame Aline Saintonge qui a contribué à la révision du rapport et fourni de précieux conseils sur les normes et l'agrément.

Dans le présent document, le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Nous avons conservé l'appellation anglophone pour les noms des organisations qui n'ont pas de traduction officielle en français.

Table des matières

Remerciements

Sommaire exécutif . . . 2

1. Introduction . . . 8

2. Les normes . . . 9

2.1 Définition d'une norme . . . 9

2.2 Terminologie : normes et standards . . . 9

2.3 La portée des normes pour le système de santé . . . 9

2.4 Les normes américaines pour des services culturellement et linguistiquement appropriés – *Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS)* . . . 10

2.5 Les normes d'accessibilité linguistique . . . 12

2.6 L'environnement des normes de compétences culturelles et linguistiques en santé . . . 12

3. Environnement américain . . . 13

3.1 Organismes de recherche et fondations philanthropiques . . . 13

3.2 Organismes d'agrément . . . 15

The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) . . . 15

National Committee for Quality Assurance (NCQA) . . . 17

3.3 Organismes sur les normes de compétences linguistiques et culturelles . . . 17

Office of Minority Health (OMH) . . . 17

Center for Linguistic and Cultural Competence in Health Care (CLCCHC) . . . 19

3.4 Modèles américains d'application des normes CLAS . . . 20

MassHealth – Executive Office of Health and Human Services . . . 20

The Harvard Pilgrim Health Foundation . . . 21

Lowell Community Health Center (LCHC) . . . 22

The Edward M. Kennedy Community Health Center . . . 25

4. Environnement canadien . . . 29

4.1 Contexte des services de santé en français au Canada . . . 29

4.2 Organismes canadiens de recherche et fondations philanthropiques . . . 29

4.3 Organisme d'agrément . . . 31

4.4 Compétences linguistiques des professionnels de la santé . . . 33

4.5 Modèles canadiens favorisant l'accessibilité linguistique et l'adaptation culturelle . . . 34

Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise du Québec . . . 34

Services de santé en français au Manitoba . . . 35

Plan de désignation des services de santé en français de l'Ontario . . . 36

Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) . . . 37

5. Leçons apprises, constats et enjeux . . . 38

6. Conclusion . . . 43

Bibliographie . . . 44

Annexe A Outils . . . 46

Annexe B Principaux sites Internet . . . 47

Annexe C Organisations et personnes consultées dans le cadre de l'étude . . . 48

Annexe D Grille d'analyse . . . 49

Sommaire exécutif

La santé des minorités et l'accessibilité linguistique et culturelle à des soins et services de santé efficaces et sécuritaires sont une préoccupation réelle dans la société actuelle et représentent un enjeu majeur pour le système de santé. Pour contrer cette problématique, les États-Unis, après des années de recherches, d'études et d'expérimentation, ont choisi l'approche normative.

Ce rapport présente les résultats de l'Étude exploratoire sur les normes américaines pour des services culturellement et linguistiquement appropriés – les normes CLAS (*Culturally and Linguistically Appropriate Services*). Même si de telles normes n'existent pas au Canada, des exemples canadiens qui s'apparentent aux structures et aux modèles américains sont aussi décrits dans le but d'amorcer une réflexion canadienne sur l'approche normative.

Les normes

Les normes américaines pour les services culturellement et linguistiquement appropriés – CLAS Standards - ont été développées par *l'Office of Minority Health* à partir de la révision des lois, des règlements, des contrats et des standards exigés par les agences fédérales et celles des États, de même que par les grandes organisations nationales américaines et avec la contribution de comités d'experts, d'administrateurs, de chercheurs ainsi que de consultations publiques.

Le but ultime des normes CLAS est d'améliorer la prestation des services de santé aux populations minoritaires d'origines raciales et ethniques diverses afin de réduire les disparités en santé. Ces normes reconnaissent que la culture et la langue sont des éléments clés permettant de livrer des services de santé de qualité.



Pour l'Organisation internationale des normes (ISO), une norme est un document :

- établi par un consensus;
- approuvé par un organisme reconnu;
- fournissant des règles, des lignes directrices ou des caractéristiques pour des activités spécifiques ou leurs résultats;
- garantissant un niveau de qualité optimale dans un contexte donné.

Les normes CLAS comportent quatorze directives, recommandations ou obligations qui servent à informer, à guider et à faciliter la mise en œuvre de services culturellement et linguistiquement adaptés par les établissements et les professionnels de la santé.

Les normes CLAS sont regroupées en trois thèmes :

- soins culturellement compétents;
- accès aux services linguistiques;
- soutien organisationnel à la compétence culturelle.

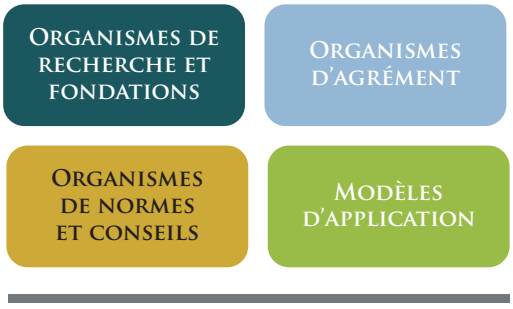
Les normes CLAS d'accessibilité linguistique (normes 4 à 7) ont été officiellement adoptées par le gouvernement fédéral américain et elles sont **obligatoires** pour les établissements qui souhaitent obtenir des fonds fédéraux provenant des régimes publics d'assurance-maladie, tels que les programmes *Medicare, et Medicaid*, à l'intention des personnes âgées, à faible revenu ou ayant une déficience.

Les organismes d'agrément reconnaissent de plus en plus que l'accessibilité linguistique constitue un facteur important de la qualité des services de santé et travaillent à établir des normes pour assurer une communication efficace et sécuritaire centrée sur le patient.

L'environnement de normes

Aux États-Unis, une véritable industrie s'est développée autour des enjeux de la santé des minorités, des disparités en santé et du concept de compétences culturelles et linguistiques en santé. À partir d'un modèle d'analyse global, l'étude décrit les rôles et les interrelations entre les acteurs principaux de ce domaine d'expertise et présente les constats qui découlent, non seulement de la revue de littérature, mais aussi de visites d'établissements et de programmes américains considérés comme des modèles d'excellence dans l'application des normes CLAS en santé.

Modèle d'analyse de l'environnement des normes CLAS



L'étude explore aussi l'environnement canadien et met en parallèle quelques institutions et programmes canadiens dont la mission s'apparente aux institutions américaines et qui pourraient contribuer à une réflexion sur le développement de normes au Canada.

Organismes de recherche et fondations

La recherche, la mise en commun et la création de données probantes sont à la base même de l'élaboration des normes CLAS en matière de compétences culturelles et linguistiques. Les recherches et infrastructures de recherche américaines ont été financées principalement par des fonds fédéraux, mais aussi par certaines grandes fondations privées (Commonwealth Fund, California Endowment, etc.) qui se sont engagées à réduire les disparités en santé pour les minorités raciales et ethniques. L'étude présente quelques-uns parmi les organismes de recherche et les fondations les plus marquants autant aux États-Unis qu'au Canada.

Organismes d'agrément

Le rôle des organismes d'agrément est déterminant pour le développement de politiques durables et pour la mise en place de programmes efficaces en matière de compétences linguistiques et culturelles en santé. Les organismes d'agrément agissent en complémentarité avec les ministères et les autorités de la santé. Ils reconnaissent de plus en plus que l'accessibilité linguistique constitue un facteur important de la qualité des services de santé et travaillent à établir des normes pour assurer une communication efficace et sécuritaire centrée sur le patient. Les organismes d'agrément américains ont développé leurs propres normes en matière de compétences culturelles et linguistiques, inspirées et influencées par les normes CLAS.

L'étude présente les principaux organismes nationaux d'agrément des établissements et des services de santé aux États-Unis et au Canada ainsi que leurs plus récents développements en matière d'accessibilité linguistique et de communication centrée sur le patient. Ces organismes sont :

- *The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO);*
- *The National Committee for Quality Assurance (NCQA);*
- Agrément Canada.

Organismes de normes

Au cœur de l'environnement des normes américaines de compétences culturelles et linguistiques figurent un organisme clé *l'Office of Minority Health* (OMH) et son *Center for Linguistic and Cultural Competence in Health Care* (CLCCHC). Ces organismes sont des composantes du *United States Department of Health and Human Services* (équivalent de Santé Canada) et font partie de l'infrastructure de la santé publique aux États-Unis.

La mission de l'*Office of Minority Health* est d'améliorer la santé des populations minoritaires par le développement de politiques et de programmes de santé efficaces qui contribuent à éliminer les disparités en santé. La raison d'être du CLCCHC est d'assurer la collaboration entre les agences fédérales et les autres organisations publiques et privées pour **améliorer la capacité du système de santé** à livrer de façon efficace des services linguistiquement adaptés et culturellement compétents aux populations ayant une connaissance limitée de l'anglais.

Deux initiatives du CLCCHC ont permis de faire progresser de façon significative le dossier des compétences culturelles et linguistiques des établissements et des professionnels œuvrant auprès des populations minoritaires :

- L'élaboration, le maintien et l'évolution des normes CLAS;
- Le développement du portail Internet *Think Cultural Health*.

Ce portail offre les plus récents outils et ressources en matière de promotion de la compétence culturelle en santé. Il permet d'accéder à des formations gratuites en ligne reconnues en tant que crédits de formation continue par les organismes professionnels.



Modèles d'application

Un des objectifs de l'étude est de comprendre, par le biais de visites sur le terrain, comment les normes s'appliquent dans les différents milieux de soins et quelle est leur influence sur les établissements et sur les pratiques des professionnels et des intervenants de la santé.

L'étude décrit quatre modèles américains d'application des normes CLAS et présente trois programmes ou plans d'accès linguistique canadiens ainsi qu'un modèle d'adaptation culturelle au Canada. Ces différents modèles ainsi que leurs caractéristiques propres sont présentés en détail dans le rapport. Ils ont été analysés à partir des axes suivants :



Modèles américains d'application des normes CLAS

MassHealth (ministère de la Santé du Massachusetts)

Le ministère de la santé du Massachusetts récompense les établissements de santé pour la mise en œuvre des normes CLAS dans le cadre du programme *Pay for Performance* - P-4-P.

Pilgrim Health Foundation, Boston

Le programme *Culture InSight* du *Pilgrim Health Foundation* contribue à réduire les disparités en santé en offrant des consultations et des formations en compétence culturelle ainsi qu'en interprétation médicale aux intervenants et établissements qui souhaitent améliorer leur capacité à desservir des populations diversifiées.

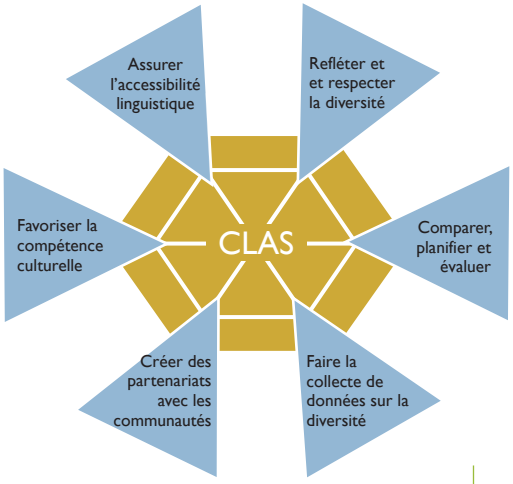
Lowell Community Health Center, Lowell

Le *Metta Center*, un modèle d'excellence qui a réussi à motiver une partie de la communauté d'Asie du Sud Est, très présente à Lowell, à utiliser ses services de santé. Sa réussite à améliorer leur état de santé repose sur le **leadership** et l'engagement de l'équipe de direction, le recrutement et les incitatifs pour du personnel bilingue, l'offre de formation en interprétation et la formation en compétences culturelles pour tous les employés.

Edward M. Kennedy Community Health Center, Worcester, Massachusetts
Un *centre de santé communautaire* qui utilise une approche diversifiée et adaptée pour assurer l'accessibilité linguistique, soit : des employés bilingues, des interprètes qualifiés et des services d'interprétation téléphoniques selon les besoins. L'établissement porte une attention particulière à l'évolution des besoins de la clientèle par rapport aux nouveaux arrivants, aux langues émergentes et ajuste son offre de services en conséquence.

L'exemple du Massachusetts se démarque par l'engagement de l'État à réduire les disparités et à offrir des services culturellement et linguistiquement adaptés à tous ses citoyens. Au niveau local, le leadership des dirigeants des établissements et la décision d'investir dans la mise en place de mesures (réallocation de budget, incitatifs financiers, formation du personnel, etc.) pour assurer l'implantation des normes CLAS constituent des facteurs de succès.

Le Département de santé publique de l'État du Massachusetts a développé **Le guide d'implantation des normes CLAS**[1]. Cet outil intéressant s'articule autour de six champs d'action pour guider les établissements de santé à mettre en œuvre les normes CLAS. Le modèle est flexible et favorise l'action dans plus d'un champ à la fois. Il permet de bâtir sur les succès réalisés dans certains des axes.



Le modèle du Massachusetts Department of Public Health
Traduction par les auteurs



Les ressources et les outils pour faciliter l'implantation des normes CLAS sont nombreux et de grande qualité. Le créneau des compétences culturelles et linguistiques en santé est un domaine d'expertise en plein essor aux États-Unis, mais peu ou pas développé au Canada.

Les établissements et programmes américains étudiés sont passés de la théorie à l'action en appliquant les principes génériques suivants[2] :

1. La représentation de la communauté à toutes les étapes de la mise en œuvre;
2. La compétence culturelle et linguistique intégrée dans tous les systèmes de l'organisation, tout particulièrement en lien avec les efforts d'amélioration continue;
3. Les changements gérables, mesurables et durables;
4. La démonstration (*business case*) que les initiatives de compétences culturelles et linguistiques sont essentielles à la survie de l'organisation à long terme;
5. L'engagement de la gouvernance et de la direction;
6. La formation continue, l'encouragement et le soutien du personnel.

[1] *Massachusetts Department of Public Health – Office of Health Equity. (June 2009). Making CLAS Happen: Six Areas for Action. [Guide to providing culturally and linguistically appropriate services in a variety of public health settings]*

[2] *Taking Cultural competency from theory to action Wu, Ellen; Martinez, Martin, California Pan-Ethnic Health Network, 2006*

Modèles canadiens

Au Canada, malgré l'absence de normes en matière de services de santé culturellement et linguistiquement adaptés, il existe des approches et des modèles canadiens qui présentent un intérêt dans le contexte de cette étude et dont certains éléments pourraient être pris en compte dans une éventuelle réflexion stratégique à cet égard. L'accessibilité linguistique dans le domaine de la santé au Canada se traduit principalement par des programmes, plans d'accès ou plans de désignation. Ces modèles reposent sur des cadres législatifs et sur les structures des systèmes de santé des provinces visées.

Les modèles et approches décrits dans cette étude ne constituent pas une liste exhaustive des initiatives en cours au Canada. Les modèles d'accès linguistique et d'adaptation culturelle présentés sont :

- Le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise du Québec;
- Le Plan de désignation des services de santé en français de l'Ontario;
- Le Plan de désignation du Manitoba;
- L'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA).



Constats

La revue de littérature, les entrevues et les visites sur le terrain ont permis de dégager des constats, de faire ressortir quelques grands enjeux et de proposer des pistes d'orientation pour poursuivre la réflexion sur le développement possible de normes canadiennes sur les compétences linguistiques et culturelles en santé.

Aux États-Unis, la compréhension des enjeux et le développement de normes concernant les barrières culturelles et linguistiques en santé, la promotion, l'éducation et finalement la mise en œuvre de ces normes, ont été réalisés dans le cadre d'un processus extrêmement long, tant au niveau stratégique national, qu'au niveau des États, des établissements et des organisations de santé. Il s'est écoulé **plus de 25 ans** depuis la création de *l'Office of Minority Health* en 1986 et plus de 10 ans, depuis le dépôt des normes CLAS.

Répondre aux besoins culturels et linguistiques des patients représente un défi important pour les hôpitaux et les plans de santé privés; sans compter que les résultats sont plus évidents en ce qui concerne les besoins linguistiques que les besoins culturels. Aux États-Unis, l'obligation de se conformer aux normes linguistiques CLAS pour recevoir du financement fédéral en provenance des programmes d'assurance-maladie *Medicare et Medicaid* a constitué un **levier majeur** pour l'adoption des normes CLAS par les établissements et les organisations de santé.

« L'adaptation culturelle des milieux comprend non seulement l'aspect des communications, mais aussi les valeurs du patient et de l'intervenant, les relations du patient avec le système de santé et plusieurs autres facteurs ayant une influence sur la qualité des soins. »

Ce levier n'existe pas au Canada, la santé étant une juridiction provinciale. L'Étude menée par Santé Canada sur les comparaisons internationales fait d'ailleurs ressortir cet état de fait[3].

Les constats qui se dégagent de l'étude :

Des normes pour aborder une problématique ou un enjeu de société

Les normes américaines pour des services culturellement et linguistiquement adaptés tentent de répondre à un enjeu majeur de la société américaine – les disparités en santé pour les minorités d'origine raciales et ethniques, et de façon plus globale l'équité en santé. L'enjeu est connu, documenté et appuyé par de nombreuses études scientifiques.

Le cadre normatif de compétences linguistiques et culturelles a fait ses preuves aux États-Unis

L'approche de normalisation est pertinente comme moyen de répondre à un besoin, de promouvoir et de faire avancer un dossier et éventuellement de favoriser la mise en œuvre de solutions appropriées. Le temps, l'investissement et le leadership sont essentiels au succès de la démarche.

[3] *Comparaisons internationales : Un aperçu de l'accès aux soins de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire au Canada, en Espagne, en Belgique et en Finlande. Rapport de recherche préparé par BACLO - Bureau d'appui aux communautés de langue officielle, 2007*



Accessibilité linguistique et adaptation culturelle vont de pair

L'accessibilité linguistique, dans le contexte de l'application des normes CLAS, consiste en une série **coordonnée** de mesures, de modalités et d'outils incluant, entres autres, des employés bilingues, des services d'interprétation gratuits et l'affichage dans plusieurs langues. L'adaptation culturelle des milieux comprend non seulement l'aspect des communications, mais aussi les valeurs du patient et de l'intervenant, les relations du patient avec le système de santé et plusieurs autres facteurs ayant une influence sur la qualité des soins.

Adhérer aux normes CLAS : un avantage pour les établissements de santé

L'adhésion aux normes CLAS par les établissements de santé a permis les résultats suivants :

- Augmentation de la clientèle (part de marché);
- Réputation et rayonnement de l'établissement;
- Recrutement et rétention de la main-d'œuvre;
- Diminution des risques reliés aux problèmes de communication et augmentation significative de la qualité de la communication entre médecins et clients lorsque des interprètes certifiés sont impliqués;
- Engagement de la communauté et satisfaction accrue de la clientèle.

Pistes d'orientations générales

L'étude sur les normes en matière de compétences culturelles et linguistiques en santé a permis de mieux comprendre l'environnement dans lequel les normes américaines CLAS s'inscrivent, de connaître le rôle assumé par les partenaires principaux et de prendre acte des meilleures pratiques sur le terrain. Dans le cadre de réflexions futures sur la pertinence de développer un cadre normatif sur les compétences culturelles et linguistiques en santé, il faudra comprendre et tenir compte du contexte très différent entre le Canada et les États-Unis tant au niveau de la société et de ses valeurs propres que du système de santé plus spécifiquement.

Conclusion

Les normes américaines pour des services de santé culturellement et linguistiquement appropriés ont permis non seulement de faire connaître la problématique des disparités en santé pour les communautés minoritaires d'origines raciales et ethniques aux États-Unis, mais surtout d'engager l'ensemble des acteurs du système de santé (public et privé) à agir dans ce domaine. L'étude sur les normes américaines en matière de compétences culturelles et linguistiques en santé a permis de mieux comprendre l'environnement dans lequel les normes CLAS s'inscrivent, de connaître le rôle assumé par les partenaires principaux et de prendre acte des meilleures pratiques sur le terrain. L'étude a aussi permis d'explorer l'environnement canadien et d'examiner le rôle tenu par plusieurs de ses acteurs.

L'étude souligne la nécessité d'une réflexion plus approfondie sur le développement potentiel de normes en matière de compétences culturelles et linguistiques en santé dans un contexte canadien et sur les orientations stratégiques futures.



1 Introduction

La Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB) et la Société Santé en français (SSF) ont retenu les services de la firme **Sultrem Inc.** pour réaliser une étude portant sur les normes culturelles et linguistiques en santé, plus particulièrement sur l'application des normes américaines pour des services culturellement et linguistiquement adaptés (normes CLAS). Ce travail s'inscrit en suivi à l'analyse critique de la littérature sur les compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé réalisée par Léonard Aucoin en 2008. [1]

Les objectifs de la présente étude consistent à :

1. Réaliser une étude documentaire annotée portant sur les normes linguistiques et culturelles en vigueur aux États-Unis et ailleurs, s'il y lieu;
2. Effectuer des visites d'observation et entrevues avec des personnes clés au sujet de modèles d'application de normes culturelles et linguistiques afin de mieux comprendre comment elles s'appliquent dans les différents milieux de soins et quelle est leur influence sur l'organisation des établissements et sur les pratiques des professionnels;
3. Préparer pour chaque approche ou modèle sélectionné une courte analyse;
4. Dresser des constats et suggérer des pistes d'orientation qui favorisent l'accessibilité aux services de santé.

Ce projet s'inscrit dans une démarche systématique d'appréciation des connaissances les plus récentes, de vulgarisation des textes et d'analyse et de synthèse des données en vue d'une utilisation éventuelle pour le développement d'un modèle applicable au contexte des communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire (CFSM) au Canada.

Cette étude porte principalement sur les normes américaines de compétences linguistiques et les modèles retenus devront comporter une forte composante linguistique. Les compétences culturelles seront abordées dans la mesure où elles sont en lien avec la composante linguistique.

Les informations américaines obtenues dans le cadre de ce mandat seront mises en contexte avec l'environnement canadien lorsque de tels parallèles sont possibles en l'absence de normes canadiennes. Cependant, le mandat ne vise pas à étudier l'impact des barrières linguistiques à l'accessibilité aux services, ni à décrire l'ensemble des aspects de l'offre de service (législatif, pratiques cliniques, modèles d'organisation, etc.), non plus qu'à fournir une description exhaustive du contexte canadien.

Les prochains chapitres traiteront du concept de normes et des normes culturelles et linguistiques. Suivra la section américaine du rapport, soit la description de l'environnement des normes, de la recherche, les organismes d'agrément et les visites sur le terrain.

[1] *Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé,* analyse critique de la littérature pour la Société Santé en français, Aucoin, Léonard, 2008

2 Les normes

Dans ce chapitre, nous présenterons une définition des normes, leur utilité et leur lien avec les normes d'accessibilité linguistique. Nous présenterons aussi les normes américaines pour des services culturellement et linguistiquement adaptés – les normes CLAS.

2.1 Définition d'une norme

Une « norme » réfère à ce qui doit être. Une norme prescrit des règles, des lignes directrices ou des caractéristiques dans le but de garantir la qualité optimale d'un produit ou d'un service, et ce, selon qu'il est formulé pour l'industrie, les technologies de l'information, la construction, les pratiques de gestion, les services professionnels ou encore pour les services de santé. Les normes prennent alors diverses formes : lois, codes, protocoles, règlements, standards, lignes directrices, structures, règles, conventions, normes techniques précises.

L'Organisation internationale des normes (*International Standards Organisation, ISO*), le plus grand producteur et éditeur mondial de normes internationales, définit une norme comme un :

« DOCUMENT ÉTABLI PAR UN CONSENSUS ET APPROUVÉ PAR UN ORGANISME RECONNU, QUI FOURNIT, POUR DES USAGES COMMUNS ET REPÉRÉS, DES RÈGLES, DES LIGNES DIRECTRICES OU DES CARACTÉRISTIQUES POUR DES ACTIVITÉS OU LEURS RÉSULTATS, GARANTISSANT UN NIVEAU D'ORDRE OPTIMAL DANS UN CONTEXTE DONNÉ. » [2]

Pour **Agrément Canada**, une norme est un énoncé d'excellence qui représente ce vers quoi une organisation doit tendre. Chaque norme est accompagnée d'un certain nombre de critères qui représentent les processus à mettre en place pour l'atteindre. Ceci constitue la base de l'évaluation par Agrément Canada.

L'Office des normes générales du Canada fournit des services d'élaboration de normes et d'évaluation de conformité destinés à soutenir les secteurs de l'économie, de la réglementation, de l'approvisionnement, de la santé, de la sécurité et de l'environnement.

L'Association canadienne de normalisation (*Canadian Standards Association, CSA*), organisme à but non lucratif, développe des normes visant à répondre aux besoins du milieu des affaires, de l'industrie, du gouvernement et des consommateurs canadiens et mondiaux. Sa norme la plus reconnue est le Code canadien de l'électricité de la CSA et la norme CSA.

Pour les ordres et associations professionnelles (organismes qui régissent une profession), les normes sont des énoncés qui réglementent la conduite des professionnels tant sur le plan légal que professionnel. Les normes sont des énoncés généraux qui servent à guider, à soutenir et à promouvoir des services de qualité, sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique.

2.2 Terminologie : normes et standards

Il importe de distinguer la terminologie anglaise de la terminologie française. Dans la langue anglaise, un seul terme est utilisé dans le contexte de normalisation, soit *standard,* alors qu'en français, deux termes sont employés : standard et norme. Cette différence est parfois source de confusion. En français, la principale différence réside dans la reconnaissance de la norme par un organisme officiel reconnu – une norme est émise par un **organisme officiel** – alors qu'un standard émane d'une entité privée. Cette différence entre norme et standard n'existe pas dans les pays anglophones qui utilisent le terme standard tant pour les normes que pour les standards.[3] En anglais, le terme *norm* fait référence à la moyenne, à la règle générale *(« it is the norm »)*.

2.3 La portée des normes pour le système de santé

Les normes sont devenues nécessaires dans le secteur de la santé [4] et peut-être même davantage que dans tout autre secteur d'activités humaines. Mais tout d'abord, il importe de définir clairement **ce qui doit être.**

[2] www.educnet.education.fr/dossier/metadata/normes-et-standards

[3] *Utilisation pratique des normes et standards dans les projets,* 2006, p.4, www.valtech/com/etc/medialib/library/productivity

[4] Conseil canadien d'agrément des services de santé. Présentation à l'ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (ENSP), par Martin Beaumont, Directeur, Développement des marchés nationaux et internationaux, avril 2005

La norme :

- oriente, dirige et réglemente la pratique (énoncé normatif) et contribue ainsi au professionnalisme;
- permet une prestation plus uniforme des services;
- constitue la pierre angulaire de l'agrément et de l'évaluation – elle traite de la gestion de la qualité;
- est dynamique et doit avoir son propre processus d'évaluation;
- permet de s'assurer que les différentes parties ont la même conception des pratiques et tiennent compte des meilleures pratiques;
- peut être référencée à un contrat;
- protège le client et lui permet de juger si les services reçus sont adéquats;
- résulte d'études, elle représente ce que les autorités veulent que vous soyez;
- repose sur un modèle normatif; elle représente ce que les connaissances scientifiques veulent que vous soyez.

La professeure et chercheuse canadienne Sarah Bowen, dans son étude sur les barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé, reconnaît l'importance de développer des normes canadiennes permettant l'accès linguistique aux services de santé[5]. Dans le cadre de la présente étude, nous explorerons l'environnement des normes américaines en matière de compétences culturelles et linguistiques en santé et examinerons leurs applications dans leurs milieux respectifs.

2.4 Les normes américaines pour des services culturellement et linguistiquement appropriés – *Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS)*

Il n'y a pas de définition universelle pour l'appellation « compétences culturelles et linguistiques ». De façon générale, elle réfère à la capacité d'une organisation et de son personnel à offrir des soins compétents et à communiquer efficacement avec des clientèles d'origines diverses ayant une connaissance limitée de la langue parlée par la majorité. Nous nous sommes attardés spécifiquement aux normes américaines puisque nous n'avons trouvé aucun comparatif canadien.

Les normes américaines pour les services culturellement et linguistiquement appropriés – CLAS Standards - ont été développées par *l'Office of Minority Health* (OMH) à partir de révisions de lois, de règlements, de contrats et de standards exigés par les agences fédérales et celles des États de même que par les grandes organisations nationales avec la contribution de comités consultatifs nationaux d'experts en politiques publiques, d'administrateurs, de chercheurs dans le domaine de la santé ainsi que de consultations publiques auprès des communautés.

Le but ultime des normes CLAS est d'améliorer la prestation des services de santé aux populations minoritaires d'origines raciales et ethniques diverses et de réduire les disparités par le développement de politiques et de programmes de santé efficaces et éprouvés. De nombreuses études reconnues ont confirmé que les minorités reçoivent des services de qualité inférieure même quand les facteurs socio-économiques et d'accessibilité aux soins sont contrôlés.[6]

L'existence d'un cadre normatif comme celui proposé par les normes CLAS « *a l'avantage de ne plus considérer l'enjeu des compétences linguistiques et culturelles comme un enjeu marginal, identifié à une demande de privilèges, mais bien comme un enjeu fondamental, identifié à la reconnaissance d'un droit à l'équité, à l'accessibilité et à la qualité des soins de santé.* »[7]

Qu'est-ce que les normes CLAS?

Les normes CLAS comportent 14 directives, recommandations ou obligations qui servent à informer, à guider et à faciliter la mise en œuvre de services culturellement et linguistiquement adaptés dans le domaine de la santé. Elles sont regroupées en trois thèmes :

- soins culturellement compétents;
- accès aux services linguistiques;
- soutien organisationnel à la compétence culturelle.

Les normes CLAS d'accessibilité linguistique (normes 4 à 7) ont été officiellement adoptées par le gouvernement fédéral américain et elles sont **obligatoires** pour les établissements qui souhaitent obtenir des fonds fédéraux provenant des régimes publics d'assurance-maladie, tels que les programmes *Medicare* et *Medicaid*, à l'intention des personnes âgées, à faible revenu ou ayant une déficience.

Ces normes reconnaissent que la culture et la langue sont des éléments clés permettant de livrer des services de santé de qualité. Elles visent principalement les organisations de santé; toutefois, les professionnels sont aussi encouragés à les utiliser pour développer des pratiques culturellement et linguistiquement plus accessibles. Les principes et les activités de services culturellement et linguistiquement appropriés doivent figurer parmi les priorités organisationnelles et doivent être mis en œuvre en partenariat avec la communauté desservie.

En 2010, l'OMH a entrepris une initiative d'amélioration des normes CLAS par la tenue de consultations publiques dans

[5] Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé, p. 118. Bowen, Sarah, Santé Canada, novembre 2001

[6] Department of Health and Human Services. Call for comments on the Existing National Standards for the Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care. Federal Register/Vol. 75, No 184

[7] Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé, analyse critique de la littérature pour la Société Santé en français, Aucoin, Léonard, 2008

Les tableaux suivants présentent les normes CLAS dans leur formulation d'origine, soit en anglais.

Soins culturellement compétents (Normes 1-3)

Direcives recommandées pour adoption par le gouvernement fédéral américain et les États

Standard 1 *– Health care organizations should ensure that patients/consumers receive from all staff member's effective, understandable, and respectful care that is provided in a manner compatible with their cultural health beliefs and practices and preferred language.*

Standard 2 *– Health care organizations should implement strategies to recruit, retain, and promote at all levels of the organization a diverse staff and leadership that are representative of the demographic characteristics of the service area.*

Standard 3 *– Health care organizations should ensure that staff at all levels and across all disciplines receive ongoing education and training in culturally and linguistically appropriate service delivery.*

Accès aux services linguistiques (Normes 4-7)

Normes obligatoires pour les récipiendaires des fonds fédéraux (tels que les programmes d'assurance-maladie Medicare et Medicaid)

Standard 4 *– Health care organizations must offer and provide language assistance services, including bilingual staff and interpreter services, at no cost to each patient/consumer with limited English proficiency at all points of contact, in a timely manner during all hours of operation.*

Standard 5 *– Health care organizations must provide to patients/consumers in their preferred language both verbal offers and written notices informing them of their right to receive language assistance services.*

Standard 6 *– Health care organizations must assure the competence of language assistance provided to limited English proficient patients/consumers by interpreters and bilingual staff. Family and friends should not be used to provide interpretation services (except on request by the patient/consumer).*

Standard 7 *– Health care organizations must make available easily understood patient-related materials and post signage in the languages of the commonly encountered groups and/or groups represented in the service area.*

Soutien organisationnel à la compétence culturelle (Normes 8-14)

Directives recommandées pour adoption par le gouvernement fédéral et les États
(la norme 14 est recommandée pour adoption volontaire par les organisations de santé)

Standard 8 *– Health care organizations should develop, implement, and promote a written strategic plan that outlines clear goals, policies, operational plans, and management accountability/oversight mechanisms to provide culturally and linguistically appropriate services.*

Standard 9 *– Health care organizations should conduct initial and ongoing organizational self-assessments of CLAS-related activities and are encouraged to integrate cultural and linguistic competence-related measures into their internal audits, performance improvement programs, patient satisfaction assessments, and outcomes-based evaluations.*

Standard 10 *– Health care organizations should ensure that data on the individual patient's/consumer's race, ethnicity, and spoken and written language are collected in health records, integrated into the organization's management information systems, and periodically updated.*

Standard 11 *– Health care organizations should maintain a current demographic, cultural, and epidemiological profile of the community as well as a needs assessment to accurately plan for and implement services that respond to the cultural and linguistic characteristics of the service area.*

Standard 12 *– Health care organizations should develop participatory, collaborative partnerships with communities and utilize a variety of formal and informal mechanisms to facilitate community and patient/consumer involvement in designing and implementing CLAS-related activities.*

Standard 13 *– Health care organizations should ensure that conflict and grievance resolution processes are culturally and linguistically sensitive and capable of identifying, preventing, and resolving cross-cultural conflicts or complaints by patients/consumers.*

Standard 14 *– Health care organizations are encouraged to regularly make available to the public information about their progress and successful innovations in implementing the CLAS standards and to provide public notice in their communities about the availability of this information.*

trois grandes régions des États-Unis. C'est ainsi que le domaine des compétences culturelles et linguistiques a connu un essor remarquable et a évolué d'un concept nouveau à une intervention reconnue dans la quête de l'équité en santé[8]. Dans ce contexte très dynamique, il est important que les normes CLAS évoluent et s'adaptent à l'environnement du système de santé pour conserver leur caractère utile et pertinent. Les normes CLAS révisées devraient être publiées à l'automne 2011.

2.5 Les normes d'accessibilité linguistique

Dans le cadre de notre mandat, nous portons une attention toute particulière aux normes d'accessibilité linguistiques tout en reconnaissant qu'elles sont intimement liées aux normes d'adaptation culturelle.

Les normes linguistiques CLAS aux États-Unis (Normes 4-7) précisent les actions suivantes pour favoriser l'accessibilité linguistique aux patients :

- Avoir du personnel bilingue et offrir des services d'interprétation gratuits;
- Fournir de l'information (verbale et écrite) dans différentes langues pour informer le patient de son droit à recevoir de l'assistance linguistique;
- Rendre disponible de la documentation relative aux soins et services, facile à comprendre et dans les langues les plus représentatives de la clientèle (consentement, formulaire de plainte, information sur les services linguistiques gratuits, etc.);
- Afficher de la signalisation dans les langues les plus représentatives de la clientèle;
- Offrir des services linguistiques compétents.

Même si le champ d'application des normes CLAS est celui des établissements de santé, incluant non seulement les hôpitaux et les centres de santé communautaires, mais aussi les plans de santé privés (assurance-maladie privée incluant des professionnels et des établissements), ces normes sont assez génériques pour s'appliquer aux divers programmes visant des clientèles spécifiques telles que les jeunes, les personnes âgées, les personnes atteintes de troubles mentaux, etc. Les normes CLAS ont même été utilisées dans le contexte d'application de mesures d'urgence et en cas de désastre d'envergure nationale.

2.6 L'environnement des normes de compétences culturelles et linguistiques en santé

Aux États-Unis, c'est une véritable industrie qui s'intéresse maintenant aux enjeux de la santé des minorités, des disparités en santé et au concept de compétences culturelles et linguistiques en santé. À partir du modèle d'analyse globale présenté ci-dessous, l'étude décrit les rôles et les interrelations entre les principaux acteurs de ce domaine d'expertise. Par la suite, quelques modèles d'excellence d'application des normes américaines CLAS seront présentés ainsi que les résultats et constats des visites sur le terrain.

MODÈLE D'ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT DES NORMES CLAS



3 Environnement américain

3.1 Organismes de recherche et fondations philanthropiques

La recherche, la mise en commun, la création de données probantes sont à la base même de l'élaboration des normes CLAS en matière de compétences linguistiques et culturelles. Ces recherches et infrastructures de recherche ont été financées principalement par des fonds fédéraux, mais aussi par certaines grandes fondations privées qui se sont engagées à réduire les disparités en santé pour les minorités raciales et ethniques.

Dans ce chapitre, nous ferons une brève présentation des principaux acteurs du domaine de la recherche sur la santé des minorités aux États-Unis.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) *(www.ahrq.gov)*

L'information générée par les recherches de l'AHRQ (organisme public) permet de prendre des décisions éclairées et d'améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins de santé pour tous les Américains. L'agence, en collaboration avec les secteurs publics et privés, a créé une banque d'information exhaustive sur ce qui fonctionne – et ne fonctionne pas – en matière de services de santé. Elle la communique sous forme de documentation pour le développement et la mise en place de politiques en santé. Dans son dernier rapport, *2010 National Healthcare Disparities Report*, qui suit l'évolution de plus de 200 indicateurs de santé, l'AHRQ souligne quelques améliorations récentes à propos de la qualité des services, mais déplore le peu d'amélioration en ce qui concerne l'accès aux services pour les minorités raciales au niveau global. *Le rôle de cette agence s'apparente au rôle de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).*

The National Institute on Minority Health and Health Disparities (NIMHD) *(www.nimhd.nih.gov)*

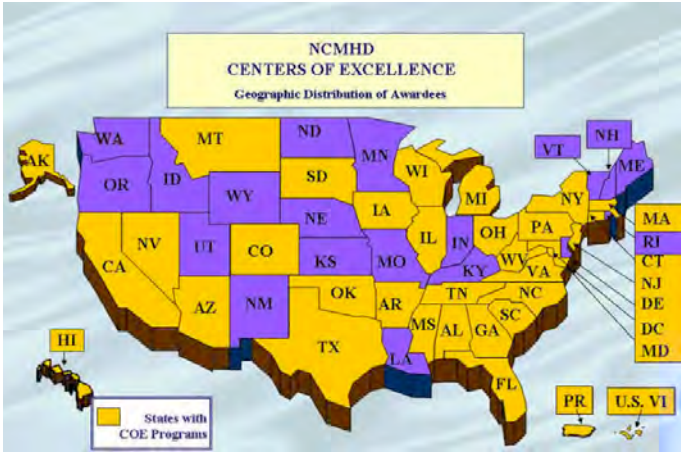
Le NIMHD est une agence du gouvernement américain dont la mission est de promouvoir la santé chez les minorités, en essayant de réduire et, ultimement, d'éliminer les disparités.

Cette organisation, créée en 2000, a obtenu en 2010 le statut d'Institut national. À ce nouveau rôle - mieux défini au sein des autres instituts et programmes de recherche sur les disparités en santé - s'ajoutent de nouvelles préoccupations telles que les taux de mortalité, la prévalence de maladies et d'autres conditions adverses qui existent au sein des populations minoritaires. De plus, le NIMHD coordonne, soutient et évalue les efforts déployés par les autres Instituts Nationaux de Santé (NIH) – Agence nationale de recherche médicale aux États-Unis - en regard de la santé des minorités.

Les objectifs de l'Institut sont de réaliser et d'appuyer les recherches fondamentales, cliniques, sociales et comportementales; de promouvoir la formation et le développement d'infrastructure de recherche; d'encourager les programmes émergents; de disséminer l'information et de venir en aide aux minorités ou autres communautés faisant l'expérience de disparités en santé.

De nombreux centres d'excellence, répartis dans les divers États américains, peuvent compter sur le soutien aux programmes du **NIMHD.** Cette large diffusion indique l'intérêt des États en ce qui concerne la santé des minorités.

Le tableau ci-dessous illustre la répartition des centres d'excellence du NIMHD aux États-Unis :



Institut de médecine (IOM) http//:iom.edu

L'Institut de médecine, créé en 1970, représente la division santé de l'Académie Nationale des sciences. Cet organisme indépendant évolue à l'extérieur des structures gouvernementales américaines. Il fournit aux décideurs et au grand public de **l'information influente et qualifiée faisant autorité** sur plusieurs enjeux de santé et de services de santé. À titre d'exemple, l'Agence pour la recherche et la qualité en santé (AHRQ) a, en 2010, consulté à plusieurs reprises l'Institut de médecine afin d'améliorer les différents rapports qu'elle produit sur la performance du système américain de santé. Les avis livrés par l'IOM à ce sujet ont été intégrés aux constats des rapports émis en 2010. [9]

Aux États-Unis, de nombreux collèges et universités ont aussi créé des centres et des instituts voués à la recherche sur la santé des minorités ethniques et les disparités en santé. Ces programmes ou entités se penchent autant sur les enjeux régionaux que nationaux.

Voici une liste de quelques-uns de ces programmes par État :

Alabama	University of Alabama at Birmingham
Californie	USC - Center for Multilingual Multicultural Research UCLA Resource Centers for Minority Aging Research UCLA Center for Research, Education, Training, and Strategic Communication on Minority Health Disparities (CRETSCMHD)
Maryland	Johns Hopkins U School of Nursing Center on Health Disparities Research USU Center for Health Disparities
Michigan	MI State University Center on Excellence in Minority Medical Education University of Michigan and Wayne State University MI Center for Urban African American Aging Research
Caroline du Nord	U of NC at Chapel Hill Minority Health Project Wakeforest U Baptist Medical Center Maya Angelou Research Center on Minority Health
New York	Center for the Elimination of Minority Health Disparities Columbia University The Columbia Center for the Health of Urban Minorities New York Weill Cornell Medical Center Center for Multicultural and Minority Health U at Albany State University of New York
Pennsylvanie	Univ. of Pittsburgh Center for Minority Health
Texas	U of TX, MD Anderson Cancer Center Center for Research on Minority Health
Virginie	UVA Center for Improving Minority Health
District Washington	National Center on Cultural Competence http://nccc.georgetown.edu/
Wisconsin	U of WI Institute on Race & Ethnicity

(Source : Site de l'OMH et autres sources)

[9] 2010 National Healthcare Disparities Report, AHRQ, février 2010

Les grandes fondations philanthropiques

Plusieurs grandes fondations aux États-Unis appuient la recherche, le développement d'infrastructure de recherche ainsi que la mise en œuvre d'initiatives concrètes pour réduire les disparités en santé par l'amélioration des compétences culturelles et linguistiques en santé. Ces grandes fondations jouent un rôle important, mais leurs investissements visent des champs d'action très précis propres à leur mission. Il est à noter que ces fondations agissent en complémentarité avec les gouvernements pour assurer la viabilité et la pérennité de leurs interventions.

Nous présentons ci-dessous quelques-unes des fondations américaines qui ont joué un rôle particulièrement important dans le domaine de la santé des minorités, des normes CLAS ou d'autres enjeux de santé qui y sont apparentés.

The Commonwealth Fund

www.commonwealthfund.org

Le Commonwealth Fund a été créé en 1918, par une philanthrope américaine, dans le but d'améliorer le bien-être commun. Sa mission est de promouvoir un système de santé performant et efficace qui permet aux membres de la société et particulièrement aux plus vulnérables d'entre eux (personnes à faible revenu, non-assurés, minorités, jeunes enfants et personnes âgées) d'accéder à des soins efficaces et de qualité. La fondation appuie des recherches indépendantes sur les enjeux en santé et offre des subventions pour améliorer les pratiques et les politiques. Un programme international en politique de santé a été créé pour encourager les politiques et les pratiques innovantes aux États-Unis et dans d'autres pays industrialisés. Dans le contexte de notre étude, le Commonwealth Fund a financé deux initiatives importantes de l'organisme d'agrément américain *The Joint Commissio*n:

- La révision des normes de communication centrée sur les patients *(Patient Centered Communication Standards for Hospitals);*
- Le rapport intitulé *Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient-and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals.*

The California Endowment

www.calendow.org

Le *California Endowmen*t, une fondation privée en santé, a été fondée en 1996 par la Croix Bleue de Californie suite à la création de son réseau santé à but lucratif *WellPoint.* La mission du *California Endowment* est d'accroître l'accès à des soins de santé abordables et de qualité aux personnes et communautés non desservies ainsi que de promouvoir des améliorations indispensables de l'état de santé de tous les Californiens. Cette fondation finance des initiatives en

Californie et partout aux États-Unis. *Le California Endowment* a financé deux rapports majeurs de l'organisme d'agrément *The Joint Commission :*

- *Exploring Cultural and Linguistic services in the Nation's Hospitals: A Report of Findings;*
- *One Size Does Not Fit All: Meeting the Health Care Needs of Diverse Populations.*

Ces rapports seront présentés dans la prochaine section traitant de l'organisme d'agrément américain *The Joint Commission.*

Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) *www.rwjf.org*

En tant que fondation la plus importante vouée à la santé publique aux États-Unis, la RWJF affronte les grands enjeux sociétaux posés par les problèmes de santé. Ses efforts visent à améliorer la santé et l'état de santé de chaque Américain. En investissant pour améliorer les services aux individus et en encourageant le développement d'environnements qui font la promotion de la santé et de la prévention des maladies et des traumatismes, la fondation vise des changements systémiques, significatifs, dans des délais réalistes. La RWJF crée des leviers par le biais de données probantes, de partage des connaissances, de promotion de nouvelles idées et d'expertise.

- *Projet Speaking Together*
  www.rwjf.org/qualityequality/product.jsp?id=29653&orig_url=
- *Projet Hablamos Juntos*
  www.hablamosjuntos.org

3.2 Organismes d'agrément

Le rôle des organismes d'agrément est déterminant pour le développement de politiques durables et pour la mise en place de programmes efficaces en matière de compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé. Les organismes d'agrément agissent en complémentarité avec les autorités de santé ainsi qu'avec les organismes de promotion des normes CLAS, tel *l'Office of Minority Health.* Ils reconnaissent de plus en plus que l'accessibilité linguistique constitue un facteur important de la qualité des services de santé et travaillent à établir des normes pour assurer une communication efficace et sécuritaire centrée sur le patient. À noter que ces organismes ont développé leurs propres normes en matière de compétences linguistiques et culturelles, inspirées et influencées par les normes CLAS.

Dans ce chapitre, nous présenterons les deux principaux organismes nationaux d'agrément des établissements et des services de santé aux États-Unis, soit :

- *The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) et
- *The National Committee for Quality Assurance (*NCQA).

The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)

Aux États-Unis, le principal organisme d'agrément des établissements de santé est *The Joint Commission*, organisation indépendante à but non lucratif, créée en 1951 et dédiée à l'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des soins offerts au public. The Joint Commission accrédite et certifie plus de 18 000[10] organisations et programmes de santé aux États-Unis. Approximativement 88 % des hôpitaux américains sont accrédités par la JCAHO. L'obtention d'un agrément ou d'une certification par The Joint Commission est un symbole de qualité reconnu au pays et reflète l'engagement de l'organisation à atteindre des normes d'excellence.
Joint Commission Resources (JCR), division indépendante créée récemment, offre des services de consultation, d'éducation et des publications permettant aux établissements de santé d'améliorer la qualité et la sécurité de leurs services et d'atteindre les normes d'agrément du *The Joint Commission.* Une partie importante des revenus du JCAHO proviennent de ces services. Finalement, une autre division, le **Joint Commission International** (JCI) fournit des services d'agrément et d'amélioration de la qualité des services de santé au niveau international.

Deux statuts reconnus :

Accréditation
Vise un établissement de santé tels les hôpitaux, les centres de soins prolongés, les soins à domicile, les laboratoires, etc.

Certification
Vise un programme ou un service qui peut être (ou ne pas être) relié à un établissement, tel un programme de diabète dans la communauté.

L'accréditation ou la certification nécessitent une évaluation par la Joint Commission.

[10] Site web The Joint Commission : *www.jointcommission.org/facts_about_the_joint_commission*

Normes et standards en matière de compétence linguistique des établissements de santé

En 2004, *The Joint Commission* a reçu une subvention du *California Endowment* pour étudier comment les hôpitaux américains font face aux enjeux reliés à la culture et à la langue au sein des populations qu'ils desservent. Cette étude majeure, qui a analysé les défis, les pratiques et les perspectives de 60 hôpitaux américains, visait à répondre aux trois questions suivantes :

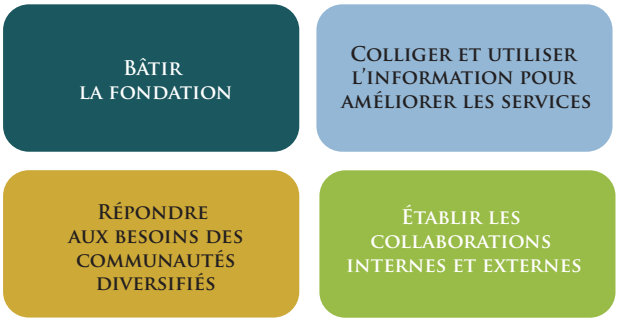
- *Quels défis doivent relever les hôpitaux pour offrir des services aux populations culturellement et linguistiquement diversifiées?*
- *Comment les hôpitaux relèvent-ils ces défis?*
- *Quelles sont les pratiques prometteuses pouvant être utiles et reproduites dans d'autres hôpitaux?*

Un premier rapport intitulé *Hospitals, Culture, and Language: A Snapshot of the Nation* publié en 2007[11] faisait ressortir les constats suivants :

- Répondre aux besoins culturels et linguistiques des patients représente un défi important pour les hôpitaux et les efforts déployés sont plus concrets en ce qui concerne les besoins linguistiques que culturels;
- Les pratiques sont variées ainsi que l'interprétation d'une bonne pratique par rapport à une mauvaise pratique;
- Il existe une différence entre les pratiques actuelles et celles qui seraient souhaitables, particulièrement en ce qui concerne les services linguistiques. Dans certains cas, cette situation est attribuable au manque de ressources, alors que dans d'autres, les ressources sont disponibles, mais ne sont pas utilisées ou les procédures ne sont pas appliquées;
- La collecte de données démographiques sur les patients n'est pas uniforme dans tous les hôpitaux ou au sein d'un même établissement. Peu d'établissements utilisent ces données pour améliorer les services aux populations diversifiées.

Un second rapport intitulé *One size does not fit all*[12] confirmait qu'il n'existe pas de solution qui convienne à tous les milieux. Ce rapport suggérait les conditions favorables au développement et à la mise en place de pratiques visant à satisfaire aux besoins des communautés et proposait un cadre conceptuel pour les établissements souhaitant offrir des soins culturellement et linguistiquement appropriés.

Le tableau suivant présente les quatre axes de ce cadre conceptuel :



En 2008, *The Joint Commission* a obtenu une autre subvention, cette fois, du *Commonwealth Fund* afin de réviser et de développer des normes d'agrément à l'intention des hôpitaux américains pour faire face aux enjeux de communication efficace, de compétence culturelle et de soins centrés sur les patients et les familles. Cette initiative visait à améliorer la sécurité et la qualité des services pour tous les patients et à encourager les hôpitaux à adopter des pratiques efficaces en la matière.

Ces normes seront graduellement mises en place dans le cadre du processus d'agrément. La phase actuelle est expérimentale et les nouvelles normes de communication seront en vigueur à compter de 2012.

Le texte intégral des documents cités peut être consulté sur le site du The Joint Commission au : *http://www.jointcommission.org/Advancing_Effective_Communication/*

À TITRE D'EXEMPLE :

JCAHO Standard R1.01.01.03

The hospital respects the patient's right to receive information n a manner he or she understands

Elements of performance for R1.01.01.03

1. The hospital provides information in a manner tailored to the patient's age, language, and ability to understand
2. The hospital provides language interpreting and translation services, as necessary
3. The hospital provides language interpreting and translation services (nouvelle norme)

[11] *Hospitals, Culture, and Language: A Snapshot of the Nation. Exploring Cultural and Linguistic Services in the Nation's Hospitals: A Report of Findings*, 2007
[12] *One Size Does Not Fit All: Meeting the Health Care Needs of Diverse Populations*

National Committee for Quality Assurance (NCQA)

www.ncqa.org

Le *National Committee for Quality Assurance* (NCQA) est une organisation privée, à but non lucratif, consacrée à l'amélioration de la qualité des services de santé. Fondé en 1990, le NCQA a joué un rôle important pour générer des améliorations à travers le système de santé et aider à mettre les enjeux de qualité des services à l'agenda national.

Le NCQA accrédite les **Plans de santé privés** de tous les États, du District de Columbia et de Puerto Rico. Ces plans de santé privés assurent les services à plus de 109 millions d'Américains. Le NCQA reconnaît aussi les statuts **d'accréditation** et de **certification**. De plus, le NCQA, convaincu que la compétence culturelle est une composante nécessaire à un système de santé de haute qualité, a développé un statut de **distinction** qui reconnaît les organisations qui s'engagent à améliorer les compétences linguistiques et culturelles de leurs services et à réduire ainsi les disparités en santé.

En 2008, le NCQA a publié une série de normes pour évaluer la qualité des services culturellement et linguistiquement appropriés dans les organisations de santé et a intégré récemment ces nouvelles normes à ses programmes d'agrément. Une récente publication, le *« Standards and Guidelines for Distinction in Multicultural Health Care »,* fait le point sur les meilleures pratiques courantes afin d'encourager la mise en place de pratiques culturellement et linguistiquement appropriées.

Pour tous les organismes d'agrément, qu'ils soient américains ou canadiens, les normes sont des produits originaux vendus aux utilisateurs et auxquels nous n'avons pas eu accès dans le cadre de cette étude. Toutefois, le NCQA offre un guide en ligne accessible à tous, le *Multicultural Health Care: A Quality Improvement Guide.* Ce guide applique les principes d'amélioration continue à l'environnement des normes CLAS et peut être consulté sur le site du NCQA.[13] De plus, grâce au soutien du California Endowment, le NCQA a réalisé un scan national des CLAS qui fait le point sur les méthodes éprouvées visant à réduire les disparités en santé. [14]

Finalement, le NCQA collige et publie annuellement un rapport de mesure de la performance des Plans de santé américains - *The Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS).* Parmi ses autres publications, notons un classement des principaux plans de santé privés. Aussi, nous verrons plus loin dans ce rapport, le *Pilgrim Health Care Foundation*, qui s'est classé au premier rang des plans de santé privés en 2010.

3.3 Organismes sur les normes de compétences linguistiques et culturelles

Les organismes qui œuvrent dans le domaine des compétences linguistiques et culturelles en santé sont nombreux et leurs origines et raisons d'être sont variées. Certains visent la promotion des normes, d'autres la défense des droits des minorités, la formation des professionnels, l'appui aux organisations de santé, le développement d'outils, et plus encore.

Dans ce chapitre, nous présenterons les organismes les plus importants en matière de soutien au développement, de mise en place de programmes et d'évaluation des normes de compétences linguistiques et culturelles en santé. Ces organismes sont au cœur même des normes de compétences linguistiques et culturelles et travaillent en étroite collaboration avec les organismes de recherche, d'agrément, les grandes fondations philanthropiques mentionnées dans ce rapport ainsi qu'avec divers groupes ou coalitions représentant les clients.

Les organismes présentés dans ce chapitre sont :

- Office of Minority Health **(OMH)**;
- Center for Linguistic and Cultural Competence in Health Care **(CLCCHC)**.

Office of Minority Health (OMH)

La mission de *l'Office of Minority Health* (OMH) est d'améliorer la santé des populations d'origine raciales ou ethniques minoritaires par le développement de politiques et de programmes de santé efficaces qui contribuent à éliminer les disparités en santé.

[13] *www.clashealth.org/*

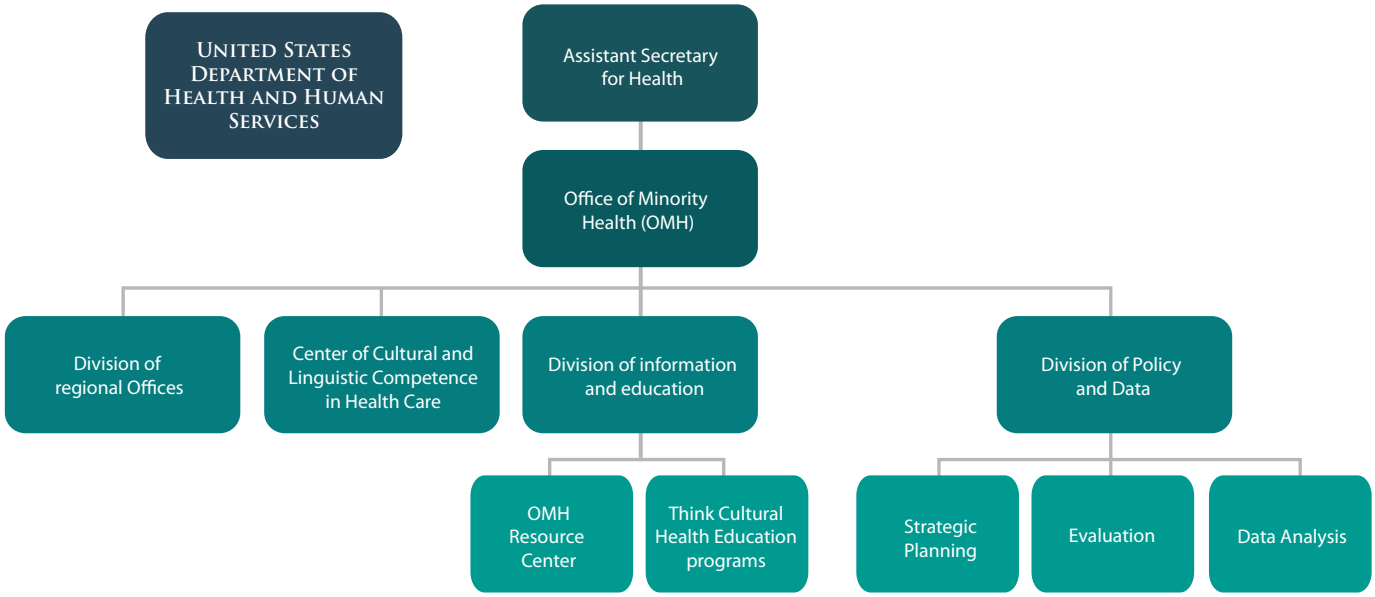
[14] *National Scan on CLAS and Disparities Reduction Activities http://www.ncqa.org/Portals/0/CLAS%20Posters/National%20Scan%20of%20CLAS%20and%20Disparities%20Reduction%20Activities-to%20post.pdf*

Historique en bref (OMH)

1985	Rapport : Secretary's Taskforce Report on Black and Minority Health
1986	Création de l'Office of Minority Health
1994	Mandat du Congrès des États-Unis pour développer les compétences des professionnels et les outiller afin de surmonter les barrières linguistiques en obstacle à la prestation de soins de santé de qualité aux personnes ayant une connaissance limitée de l'anglais
1995	Création du Centre for linguistic and Cultural Competence in Health Care
2001	Publication des normes : Culturally and linguistically appropriate services (CLAS)
2009	Sommet sur la santé des minorités
2010	Mandat de l'OMH reconfirmé sous le Patient Protection and Affordable Care Act of 2010
2011	Révision des normes CLAS (en cours)

L'Office of Minority Health est une composante du United States *Department of Health and Human Services (HHS)*, l'équivalent américain de Santé Canada. Il est un des 14 bureaux nationaux qui relèvent de *l'Assistant Secretary for Health* et qui constituent l'infrastructure de **la santé publique aux États-Unis.** L'OMH est responsable de l'état de santé et de la qualité de vie des populations minoritaires aux États-Unis au sein du système de santé américain.

Le tableau suivant résume la structure organisationnelle de l'OMH et de ses divisions :



Les programmes de l'OMH traitent des enjeux de prévention des maladies, de promotion de la santé, de réduction des risques, des choix de mode de vie sain, de l'utilisation des services de santé et des barrières à l'accès aux soins et services. De plus, l'OMH :

- Fait **la promotion de la collecte de données de santé** par race, ethnie et par catégorie de langue primaire et contribue au renforcement des infrastructures pour la collecte, la publication et le partage des données;
- Travaille à **accroître la sensibilisation** aux principaux problèmes de santé des minorités raciales et ethniques ainsi qu'aux facteurs qui influencent la santé;
- Établit et renforce **les réseaux, les coalitions et les partenariats** pour identifier et résoudre les problèmes de santé;
- Développe et fait la promotion de politiques, programmes et pratiques pour éliminer les disparités en santé et atteindre l'égalité en santé;
- Encourage la recherche, la démonstration, les enquêtes scientifiques et les évaluations visant l'amélioration de la santé;
- Finance des programmes de démonstration qui peuvent appuyer les politiques de santé et favoriser l'efficacité des stratégies pour améliorer la santé.

L'OMH assure la liaison avec les différents États américains grâce à ses bureaux situés dans chacun des États. De plus, le pays est divisé en 10 régions et des consultants régionaux de l'OMH sont assignés à chacune de ces régions. L'OMH favorise aussi la collaboration entre le secteur public et privé de même que le rapprochement entre les organisations et les communautés. De plus, des liens de collaboration existent entre l'OMH et les organismes responsables de l'agrément des établissements et des plans de santé.

Cependant, les moyens d'action de *l'Office of Minority Health* sont limités, car il ne détient aucun pouvoir sur la réglementation des établissements. Ce rôle est dévolu, aux États-Unis, à l'Office des droits civils *(Office of Civil Rights)* qui réagit aux plaintes des citoyens. Le champ d'action de l'OMH à cet égard se situe davantage au niveau de l'influence politique et stratégique.

Center for Linguistic and Cultural Competence in Health Care (CLCCHC)

Cette division spécialisée de l'OMH a été créé en 1995 pour s'acquitter de son obligation (mandat du Congrès américain 1994) de **développer des ressources pour les professionnels de la santé** afin qu'ils puissent surmonter les barrières linguistiques qui viennent en obstacle à la prestation de services de qualité aux personnes ayant une connaissance limitée de l'anglais.

Mission

La mission du CLCCHC est de collaborer avec les agences fédérales et les autres organisations publiques et privées pour **améliorer la capacité du système de santé** à livrer de façon efficace des services linguistiquement appropriés et culturellement compétents aux populations ayant une connaissance limitée de l'anglais.

Deux initiatives du CLCCHC ont permis de faire progresser de façon significative le dossier des compétences culturelles et linguistiques des établissements et des intervenants œuvrant auprès des populations minoritaires :

- L'élaboration, le maintien et l'évolution des normes CLAS mentionnées au chapitre 2.4;
- Le portail Internet *Think Cultural www.thinkculturalhealth.hhs.gov*

Portail Think Cultural Health

Ce portail, financé par l'*Office of Minority Health*, offre les plus récents outils et ressources en matière de promotion de la compétence culturelle en santé. Il permet d'accéder à des formations gratuites en ligne reconnues en tant que crédits de formation continue par les organismes professionnels.

- *A Physician's Practical Guide to Culturally Competent Care* à l'intention des médecins, des assistants-médecins et des infirmières-praticiennes.
- *Culturally Competent Nursing Care: A Cornerstone of Caring* à l'intention des infirmières et des travailleurs sociaux.

Une autre innovation du CLCCHC est le développement du programme de formation pour l'acquisition de compétences culturelles à l'intention des équipes d'intervention d'urgence. Ce programme a vu le jour dans le contexte des grands bouleversements météorologiques, dont l'ouragan Katerina qui a mis en évidence la faible capacité de réaction du système d'urgence aux besoins de santé des populations parmi les plus pauvres et les plus culturellement diversifiées.

- *Cultural Competency Curriculum for Disaster Preparedness and Crisis Response* à l'intention des premiers répondants des plans de mesures d'urgence incluant les techniciens d'urgence, les psychologues, les psychiatres et les travailleurs sociaux.

Le site fournit aussi des outils destinés aux organisations de santé pour pallier les disparités en santé en intégrant des services respectueux, intégrés et efficaces pour leur clientèle de plus en plus diversifiée.

- *Health Care Language Services Implementation Guide* est un outil interactif sur Internet qui comporte des modules de planification, d'implantation et d'évaluation de services d'accès linguistiques à l'intention des patients ayant une connaissance limitée de l'anglais.

Finalement, le site permet d'accéder à d'autres ressources nationales qui dressent un portrait de la situation en santé des minorités et renseignent sur les lois en vigueur pour chacun des États américains [15]. Ce site, d'une grande pertinence, contient des ressources accessibles à tous à la condition de s'y inscrire.

Depuis 2005, 35 États américains ont développé des plans stratégiques pour adresser les disparités en santé à l'échelle de l'État et pour coordonner les efforts des différentes entités au sein des États : 18 sont des initiatives législatives, 16 sont des initiatives du Département de santé et la Pennsylvanie, quant à elle, a un plan développé par un groupe de travail qui a été mis en place par le Gouverneur de l'État. En 2008, les 50 États américains comptaient au moins deux lois en vigueur concernant les services linguistiques dans les établissements de santé. [16]

Une entrevue réalisée auprès de monsieur Guadelupe Pacheco, *Senior Health Advisor to the Director* de *l'Office of Minority Health* positionne l'enjeu des compétences culturelles et linguistiques en santé comme un déterminant important de la santé des minorités raciales et ethniques et confirme que, même si des avancées importantes ont été réalisées, de grands défis demeurent, dont :

- convaincre les législateurs, les hôpitaux et l'industrie de tenir compte des enjeux de la santé des minorités;
- transmettre et présenter le message de façon continue, renouvelée et adaptée à l'auditoire.

La stratégie des normes CLAS demeure un irritant pour plusieurs et oblige les législateurs et les administrateurs à tenir compte des enjeux de la santé des minorités. Même si les normes CLAS ont permis de mettre en lumière les disparités en santé, ce n'est pas une panacée et il reste beaucoup à accomplir. Il faut continuer à conclure de nouveaux partenariats dans cet environnement qui est en constante évolution et où les priorités des systèmes de santé sont en concurrence les unes avec les autres.

3.4 Modèles américains d'application des normes CLAS

Un des objectifs de l'étude sur les normes de compétences culturelles et linguistiques est de tenter de comprendre et de décrire, par le biais de visites sur le terrain, comment les normes CLAS s'appliquent dans les différents milieux de soins et quelle est leur influence sur l'organisation des établissements et sur les pratiques des professionnels de la santé. Une attention toute particulière a été portée aux modèles en cours aux États-Unis. Il existe bien des modèles européens (Belgique, Espagne et Finlande), mais ils ont déjà fait l'objet d'une étude détaillée effectuée par Santé Canada.[17] Nous ne croyons pas nécessaire à ce stade-ci de reprendre l'étude de ces modèles. Toutefois, certains constats et enjeux identifiés dans le cadre de l'étude internationale alimenteront notre réflexion.

Les différents modèles étudiés se réalisent dans le contexte de l'organisation du système et des services de santé américains. Cependant, nous croyons que même si les différences avec notre système de santé canadien sont importantes, les similarités sont aussi nombreuses et certaines mesures ou pratiques sont applicables au Canada.

Visites sur le terrain

Pour réaliser les visites sur le terrain prévues au mandat, nous avons recensé plusieurs modèles aux États-Unis et nous avons consulté monsieur Pacheco de *l'Office of Minority Health*, afin de nous aider à identifier, non seulement des sites d'intérêt, mais aussi des modèles susceptibles d'avoir une plus grande portée dans le contexte canadien. Le Massachusetts, la Californie et le Nouveau-Mexique figurent parmi les États les plus engagés dans le domaine des compétences linguistiques et culturelles. Toutefois, le contexte diversifié du Massachusetts nous semblait se rapprocher davantage de certains milieux canadiens alors que ceux de la Californie et du Nouveau-Mexique comportaient une dominance hispanophone où la minorité devient la majorité.

Notre choix s'est finalement porté sur la région de Boston qui présentait une concentration de modèles d'application intéressants en milieu hospitaliser et offrait l'occasion de rencontrer d'autres organisations qui œuvraient dans des axes complémentaires du domaine des compétences culturelles et linguistiques en santé.

Dans le cadre des visites sur le terrain, nous avons été reçus au ministère de la Santé du Massachusetts, à la fondation du *Harvard Pilgrim Health Care* et dans deux établissements de santé offrant des services de soins primaires, soit le *Lowell Community Health Center* et le *Edward M. Kennedy Community Health Center* de Worcester. Nous présentons, aux pages suivantes, ces différents modèles ainsi que leurs caractéristiques les plus pertinentes au contexte de notre étude. Les questionnaires d'entrevues des établissements de santé ont été élaborés en tenant compte de la grille d'analyse développée pour ce projet (annexe D). Ces questionnaires ont été adaptés et bonifiés pour chacune des entrevues.

MassHealth – Executive Office of Health and Human Services

Le ministère de la Santé du Massachusetts (MassHealth) a instauré un programme de performance – Pay-for-Performance (P4P) – qui comporte une méthode pour mesurer la qualité des services et en convertir les résultats en bonis pour

[15] Site web du Congrès national des États-Unis *www.ncsl.org/IssuesResearch/Health/HealthDisparities2009Overview/tabid/14494/Default.aspx*

[16] Improving Access to Language Services in Health Care: A Look at National and State Efforts.*Melanie Au, Erin Fries Taylor, Marsha Gold, April 2009*

[17] Comparaisons internationales : Un aperçu de l'accès aux soins de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire au Canada, en Espagne, en Belgique et en Finlande. Rapport de recherche préparé par BACLO - Bureau d'appui aux communautés de langue officielle, 2007

les hôpitaux qui doivent atteindre un niveau minimal de performance, établi à partir des bases de référence. En 2011, une nouvelle mesure a été ajoutée au programme P4P : l'élimination des disparités en santé telle que définie dans les normes CLAS et un montant de 75 M$ a été réservé à ce programme. Afin de réduire les impacts administratifs pour les hôpitaux, le ministère s'est efforcé d'aligner ses exigences avec celles des normes nationales des organismes de réglementation ou d'agrément.

Chaque hôpital doit remplir un formulaire d'auto-évaluation et fournir la documentation prouvant qu'il se conforme aux normes CLAS ou qu'il évolue positivement dans cette direction. Bien que le formulaire existe depuis 1999, il ne comportait, auparavant, aucune conséquence attachée à la performance; ce n'est que depuis sa récente révision qu'il comporte des mesures de performance et de qualité des services. Nous avons rencontré l'équipe responsable de ce programme au sein du ministère de la Santé du Massachusetts et avons discuté des forces et des défis du programme.

Les forces du programme :

- Leadership du ministère et de l'État du Massachusetts relativement à la réduction des disparités en santé;
- investissements additionnels du ministère pour amener des changements significatifs;
- approche simple, rapide et non punitive (*la carotte plutôt que le bâton!*);
- fournit une base de comparaison commune à tous;
- favorise la responsabilisation des hôpitaux en ce qui concerne les normes CLAS;
- table sur l'importance de la réputation de l'établissement en matière de disparités;
- meilleure compréhension des normes CLAS :
- intégration d'un médecin au sein de l'équipe du ministère et partenariat avec l'École de médecine pour donner une crédibilité accrue au programme.

Les défis :

- le processus est lent – *MassHealth* est impliqué dans ce dossier depuis plus de 10 ans!;
- le système mesure l'implantation des normes CLAS et suggère qu'une amélioration des politiques se traduise systématiquement par une amélioration des pratiques;
- l'analyse des données est en cours et l'on ne peut mesurer les impacts à ce moment-ci;
- une transition vers des indicateurs plus cliniques est prévue à moyen terme.

En résumé, ce système d'appréciation de la qualité et de la performance est en place uniquement au Massachusetts et a peu de chance d'être reproduit ailleurs, même dans d'autres États américains. Il repose sur l'engagement et la direction du ministère de la Santé et sur la disponibilité de fonds dédiés. Son aspect innovateur démontre qu'il est possible de mesurer l'application des normes CLAS, tout en présentant aussi une approche de reconnaissance tangible pour les établissements qui obtiennent des résultats positifs.

The Harvard Pilgrim Health Foundation

www.harvardpilgrim.org

La fondation du Harvard Pilgrim Health Care (HPHC)[18] finance, depuis 1990, des programmes communautaires, offre de la formation et réalise des recherches dans des domaines tels que la santé des femmes, la santé mentale, l'éthique médicale et l'amélioration de l'accès aux soins et services. Son programme *Culture InSight* contribue à réduire les disparités en santé en offrant des consultations et des programmes de formation en compétence culturelle ainsi que des formations en interprétation médicale aux intervenants et établissements qui souhaitent améliorer leur capacité à desservir des populations diversifiées. Les programmes du *Harvard Pilgrim* ont été mentionnés à de nombreuses reprises lors de nos visites dans les établissements de santé.

La responsable du programme, madame Shani Dowd, est une experte reconnue dans le domaine de la compétence culturelle et des normes CLAS tant au niveau national qu'au Massachusetts. L'entrevue réalisée dans le cadre des visites sur le terrain a permis de faire ressortir sa perspective, ainsi que celle de son équipe, concernant le développement et la mise en place de normes pour les services culturellement et linguistiquement adaptés dans le domaine de la santé, dont les éléments suivants :

Parmi les principaux facteurs qui ont mené à l'adoption des normes CLAS aux ÉU, on retrouve :

- Au niveau national : le leadership du président Clinton qui a décidé de lutter contre les disparités en santé et qui a compris l'importance d'être organisé, d'avoir une approche coordonnée et une équipe dédiée;
- Au niveau de l'État du Massachusetts, le leadership du Département de santé publique;
- La démographie est venue confirmer la nécessité d'agir dans ce domaine;

[18] Un des dix plans de santé privés les plus reconnus aux États-Unis, présent au Massachusetts, au Maine, au New Hampshire, mais aussi dans d'autres États et représentant plus de 125 hôpitaux et 28 000 cliniciens

- L'adoption de lois sur l'immigration a forcé l'installation des réfugiés sur tout le territoire américain et a fait en sorte que la diversité n'était plus exclusivement une caractéristique des grandes villes côtières, mais une réalité qui touchait tout le territoire américain, forçant les municipalités et leurs institutions à réagir.

L'adoption des normes CLAS a eu pour conséquence :

- De mettre le sujet à l'agenda et d'intéresser le gouvernement fédéral à la discussion;
- Par la suite, l'industrie (les compagnies d'assurance), l'Association des hôpitaux et d'autres groupes s'y sont intéressés;
- Le Fédéral a organisé des conférences très abordables, invité des représentants officiels, des experts, produit des rapports, etc.;
- Des fondations privées et publiques ont financé plusieurs études ou initiatives majeures ayant eu un impact significatif;
- Les organismes d'agrément (*The Joint Commissio*n, NCQA, etc.) ont commencé à inclure, une à la fois, des exigences pour les normes linguistiques, comme la signalisation. En 2011, ils ont rendu les exigences linguistiques obligatoires et ont commencé à aborder les exigences culturelles;
- L'avis d'organismes scientifiques, comme l'Institut de Médecine, qui ont confirmé l'existence de barrières linguistiques et culturelles a contribué à faire progresser le dossier;

Sans les normes CLAS, le dossier des compétences culturelles et linguistiques ne serait pas aussi avancé aux États-Unis.

- La modulation entre une approche facultative et/ou obligatoire est extrêmement importante.

En résumé, l'éducation politique a pris plus de 20 ans et les campagnes de relations publiques et d'éducation ont été des facteurs très importants pour le développement et la mise en œuvre des normes CLAS. Les CLAS ont fourni un cadre conceptuel nécessaire à l'avancement du dossier. La nécessité de rencontrer les normes linguistiques CLAS pour obtenir du financement fédéral, Medicare et Medicaid, a constitué un levier puissant pour faire progresser le dossier.

Le rôle d'un groupe tel que *Culture InSight* pour appuyer les établissements et les professionnels dans leur quête d'amélioration de leurs compétences culturelles et linguistiques est un facteur clé du développement du dossier au Massachusetts et ailleurs aux États-Unis. La fondation du Harvard Pilgrim Health Care, et les organismes similaires contribuent à assurer l'application des normes CLAS en soutenant directement ceux qui livrent les services et en mettant à leur disposition divers outils pour appuyer la mise en place des normes. De tels organismes à caractère non politique et œuvrant dans le contexte des compétences linguistiques et culturelles en santé n'existent pas présentement au Canada à notre connaissance. Plusieurs éléments des programmes et des approches du Harvard Pilgrim sont pertinents au contexte canadien et peuvent être retenus pour le développement d'une stratégie d'appui au développement de compétences culturelles et linguistiques en santé.

Lowell Community Health Center (LCHC) Lowell, Massachusetts

www.lchealth.org

Le Centre de santé communautaire de Lowell est un établissement de soins de santé primaires à but non lucratif situé dans la ville de Lowell, ville de plus de 100 000 habitants située au nord du Massachusetts. Les programmes du LCHC ont été reconnus comme des modèles d'excellence au niveau national. Le Centre de santé communautaire de Lowell a aussi été identifié comme l'un de 5 centres d'excellence en compétence culturelle aux États-Unis.

Le LCHC abrite le Centre Metta qui a pour mission d'améliorer l'accès aux services médicaux pour la communauté de l'Asie du Sud-Est, mais aussi pour l'ensemble de la population. Plus de 35 000 résidents de cette ville sont cambodgiens ou laotiens et plusieurs sont de nouveaux immigrants dont un grand nombre ont été victimes de torture. Les services sont assurés par une équipe de professionnels de la santé (médecins, infirmières et infirmières-praticiennes) cumulant non seulement une grande expérience en soins de santé, mais aussi un historique de travail communautaire et de sensibilité culturelle. Des services d'interprétation et de traduction sont offerts dans une grande variété de langues dont le khmer et le laotien par des employés qualifiés pour rendre ces services.

En bref

- 50 % des rendez-vous nécessitent des services d'interprétation
- 50 % de la clientèle est mieux desservie dans une langue autre que l'anglais

Origines de la clientèle

- 29 % hispanique
- 27 % asiatique
- 8 % africain ou africain américain

Langues parlées par le personnel

- Khmer, laotien, espagnol, portugais, vietnamien, français, mandarin, hindi et swahili.

Résumé des éléments clés de la visite et des entrevues

Mise en œuvre des normes	• Leadership de la haute direction est un facteur clé • Le conseil d'administration est représentatif de la communauté et offre de l'interprétation simultanée pour un de ses membres qui ne parle pas l'anglais • Le Centre Metta sert de modèle de formation pour l'ensemble du LCHC en matière de compétences culturelles et les leçons apprises servent à mieux desservir d'autres clientèles (brésiliennes, africaines, etc.)
Mission et valeurs	• La mission et les valeurs de l'établissement sont congruentes • La documentation reflète la mission et les valeurs • L'équipe de direction est engagée et contribue à la diffusion des valeurs de façon significative.
Niveau du patient	• Défis importants pour amener la communauté à utiliser les services : enjeux culturels, de transport, le travail, comprendre le système, etc. • Les barrières culturelles sont de loin les plus importantes • Les barrières linguistiques sont identifiées à l'enregistrement : - Langue parlée à la maison - Langue dans laquelle le patient est plus à l'aise pour communiquer - Langue préférée • Formation continue pour le personnel de l'enregistrement sur les compétences culturelles avec des modules sur la culture cambodgienne, africaine et formation transculturelle – important, car porte d'entrée • Démontre du respect et des efforts pour inscrire les clients selon leurs besoins spécifiques – *sinon les patients ne reviennent pas*
Dimension clinique	• Le Centre a pris la décision de recruter du personnel clinique possédant des compétences linguistiques et culturelles • L'équipe soignante reflète la diversité • Le défi demeure, car les enjeux culturels sont importants et influent autant sur le personnel que sur la clientèle • Quelques difficultés liées à la communication sont rapportées : - Besoin d'interprète non identifié avant la visite - Aucun interprète disponible au moment de la visite - Recours à un interprète non formé - Interprète ne possède pas les compétences requises
Ressources humaines	• Ils investissent énormément dans le recrutement de personnel bilingue et dans la formation en adaptation culturelle pour tout le personnel • Programme d'incitatif en place pour compétence linguistique (bilinguisme anglais et autre langue de la clientèle) - Obtiennent un échelon additionnel pour compétence linguistique à l'emploi - Ont accès à un programme de formation en interprétation – Bridging the Gap – gratuite pour les employés (valeur 1 400 $) - Obtiennent un bonus de 500 $ s'ils complètent avec succès, dont 250 $ lorsque la formation est complétée et 250 $ un an plus tard • Parmi les défis rencontrés au niveau de l'interprétation, la terminologie médicale et les compétences en interprétation sont mentionnées • Étant donné le grand nombre d'employés bilingues et formés en interprétation, le fardeau ne repose pas sur une seule personne

Infrastructure	• Affichette sur les services d'interprétation disponibles • Attention particulière à rendre les lieux accueillants et rassurants culturellement pour la clientèle (affiches, éclairage, ventilateur…) • Formulaires de consentement disponibles en anglais, espagnol et cambodgien. Aussi, possibilité de traduction avec l'aide de la communauté • Service d'interprétation au téléphone disponible, mais non préféré
Engagement communautaire	• Les liens avec la communauté sont extrêmement importants tout particulièrement pour les communautés en provenance de l'Asie du Sud qui fréquentent le Centre Metta • Ils ont investi beaucoup d'efforts pour amener la communauté à utiliser les services et à les impliquer dans l'amélioration de leur santé • Ils sont présents dans la communauté, lors de célébrations, à la radio, à la télévision, auprès des jeunes, des familles, des aînés, etc.
Évaluation	• Création de groupe conseil de patients *(Patient Advisory Group)* • Utilisent des approches d'évaluation des processus *(FMEA - failure mode and effect analysis)* - Un des projets vise à réduire les risques de difficultés de communication durant une visite en ayant recours à des interprètes formés et en évaluant leur performance • Les résultats d'évaluation à un niveau de l'organisation sont par la suite utilisés dans d'autres départements ou sites de l'établissement • Évaluation des compétences linguistiques des employés est effectuée par une firme externe
Rôle ou impact au niveau national ou de l'État	• Établissement reconnu comme modèle national en regard de ses compétences culturelles • Établissement ayant reçu des subventions des Nations Unies pour les services aux réfugiés victimes de torture

En résumé, le modèle de Lowell est intéressant à plusieurs égards :

- Le leadership de la haute direction est un facteur clé - une championne;
- La décision de réallouer des fonds à l'interne pour soutenir les services d'interprétation;
- L'approche est coordonnée et se reflète dans les équipes de soins aussi bien que dans l'équipe de la direction;
- L'utilisation du personnel comme moyen d'offrir l'accès linguistique avec une concentration sur les soins transculturels. L'approche va au-delà de la notion d'accès multiculturel;
- La diversité du personnel qui est rendu possible grâce au pourcentage de diversité de la population;
- Les incitatifs pour le personnel bilingue, l'offre de formation autant au niveau de l'interprétation qu'au niveau des compétences culturelles pour tous;
- L'engagement et la participation des communautés minoritaires à tous les niveaux de l'organisation (le conseil d'administration, l'équipe de direction, le personnel, la formation, les politiques RH, etc.);
- Les infrastructures reflètent une valorisation de la diversité culturelle;
- La création du Centre Metta (Ouest rencontre l'Est) présente des similarités avec les objectifs du modèle canadien de l'Organisation nationale de santé autochtone (ONSA présenté à la page 57) qui intègre les méthodes traditionnelles des premières nations et les approches de soins plus contemporaines;
- La disponibilité de financement externe pour soutenir l'application de certaines des mesures d'accès linguistiques.

The Edward M. Kennedy Community Health Center,

Worcester, Massachusetts *www.edwardmkennedychc.org*

Le Centre de santé communautaire *Edward M. Kennedy* de Worcester offre des services de soins primaires pour une clientèle de tout âge et d'origine culturelle diversifiée. Avec plus de 122 000 visites annuelles et près de 21 000 patients, dont près de 77 % ne parlent pas l'anglais comme première langue, le défi de desservir cette clientèle nécessite des efforts et des mesures soutenus. Les normes CLAS, dont les principes étaient déjà appliqués, leur ont permis d'évaluer leurs pratiques et d'identifier les secteurs qu'ils devaient améliorer.

En bref

50 Langues parlées

- 37 % espagnol
- 28 % portugais (Brésil)
- 2 % albanais
- 2 % arabe
- 7 % Afrique (24 pays)

Chinois, grec, français, farsi et autres…

Résumé des éléments clés de la visite et des entrevues

Mise en œuvre des normes	• La haute direction joue un rôle clé • Création du Groupe sur l'équité et les compétences culturelles en santé en 2003 • Plan stratégique reflète l'engagement de l'établissement envers la diversité et la compétence culturelle de son personnel • Mesures et outils en place pour améliorer les compétences linguistiques et culturelles du personnel : - le recrutement reflète la diversité culturelle et les langues parlées - l'orientation met de l'avant la compétence culturelle - le développement d'un plan de formation continue en compétence culturelle - l'évaluation du personnel inclut la compétence culturelle
Mission et valeurs	• La mission reflète les valeurs et met en évidence accès, diversité et qualité • La documentation est en accord avec la mission et les valeurs • Focus récent sur la littératie en santé
Niveau du patient	• Information sur la langue, la race et les préférences linguistiques à l'enregistrement • Besoin d'interprétation est identifié lors de la prise de rendez-vous • Nombre de patients et les besoins linguistiques (c'est-à-dire nécessitant l'interprétation) sont révisés régulièrement pour ajuster le nombre d'interprètes requis et refléter les langues émergentes • Création d'un navigateur de patient *(patient Navigator)* pour aider certaines catégories de patients de communautés minoritaires à respecter leur rendez-vous et à mieux naviguer dans le système afin d'assurer la réussite des plans de soins • Tous les gestionnaires de cas sont bilingues ou trilingues (anglais, espagnol et portugais)

Dimension clinique	• 5 interprètes sur site, interprètes sur appel et accès au service d'interprétation téléphonique
	• De façon générale, l'interprète s'intègre bien lors du rendez-vous
	• Enjeux possibles avec un interprète de la même communauté que le patient
	  - Compensé par la formation sur l'éthique de l'interprétation
	• L'accès à un interprète pour les langages communs ne retarde pas le rendez-vous médical de façon générale, mais affecte la durée de l'entrevue
	  - Requiert le double de temps, car chaque phrase est répétée 2 fois
	  - La durée prévue du rendez-vous ainsi que le remboursement n'est pas ajusté avec ou sans interprétation
	  - L'intervenant comprend que l'interprétation fait partie de l'intervention clinique
	• Un autre enjeu est le biais que l'intervenant lui-même peut avoir. Ceci est réduit par des formations continues

Ressources humaines	• Aucune prime pour les employés bilingues
	  - pratique abandonnée, car un pourcentage important des employés sont bilingues ou trilingues
	  - les exigences linguistiques pour certains postes ciblés sont affichées comme « connaissance linguistique préférée »
	• Près de 25 employés bilingues ont aussi été formés comme interprètes, mais ceci n'est pas le mode de fonctionnement préféré (enjeux de coordination, de fréquence et de compétence)
	• Ils sont aussi évalués pour leur capacité en anglais et dans la langue d'interprétation
	• Les interprètes recrutés sont certifiés (50-60 heures de formation)
	• Disponibilité d'un Code d'éthique culturelle pour les employés
	• L'espagnol, le portugais, l'albanais et l'arabe sont les langues les plus fréquentes
	• Des employés sur appel peuvent être mis à contribution pour des langues émergentes ou l'interprétation par téléphone est utilisée
	• L'utilisation de l'interprétation par téléphone semble une pratique grandissante quoique très coûteuse et pas efficace dans toutes les situations pratique intéressante pour les langues émergentes

Infrastructure	• Affichage généralement en anglais, espagnol et portugais
	  - Un seuil de 10 % de la clientèle nécessite l'affichage dans cette langue
	  - Affichette d'interprétation en plus de 20 langues
	• Les consentements et autres documents sont traduits dans les langages communs seulement
	• L'accès aux interprètes est gratuit pour le client

Engagement communautaire	• Le Centre contribue à favoriser le rapprochement avec la communauté et à informer les autres agences de santé sur le territoire des enjeux culturels et linguistiques • Le danger est dans les stéréotypes

Évaluation	• L'évaluation de leur performance, en sus des processus formels d'agrément avec les organismes reconnus, le fait par le biais de : - Indicateurs de recrutement et de rétention du personnel ainsi que le % de diversité - Évaluations du personnel - Plaintes des patients - Questionnaires de satisfaction des patients • Ces approches plus intégrées sont récentes • Aucune évaluation formelle des programmes rapportée • Développement de données plus au niveau des origines ethniques des patients afin de mieux ajuster les programmes en fonction des besoins spécifiques de la clientèle en lien avec les facteurs culturels
Rôle ou impact au niveau national ou de l'État	• Établissement participant à un projet pour créer une banque nationale de documents traduits en différentes langues • Établissement ayant participé au développement du Manuel CLAS du département de la Santé publique du Massachusetts

En résumé,

- Le modèle de l'*Edward M. Kennedy Community Health Center* vise une clientèle plus diversifiée au niveau des différentes communautés desservies et est plus représentatif de la situation canadienne;
- L'approche retenue pour offrir l'accessibilité linguistique comporte plus d'un élément, soit : les employés bilingues, les interprètes qualifiés et les services d'interprétation téléphonique;
- Une attention particulière est faite pour tenir compte de l'évolution des besoins de la clientèle par rapport aux nouveaux arrivants, aux langues émergentes et permet les ajustements en conséquence;
- La question des coûts d'interprétation téléphonique est très problématique et le Centre est à la recherche de moyens pour mieux en contrôler les coûts;
- La formation continue est à la base de la stratégie en matière de compétence culturelle;
- Le leadership de la haute direction et son influence sur l'ensemble du personnel sont encore ici un facteur de succès.

Ce que l'on retient de la revue de littérature aux États-Unis et des visites sur le terrain :

L'exemple du Massachusetts se démarque par l'engagement du gouvernement à réduire les disparités en santé et à offrir des services culturellement et linguistiquement adaptés à tous ses citoyens. Ce n'est pas le cas de tous les États américains.

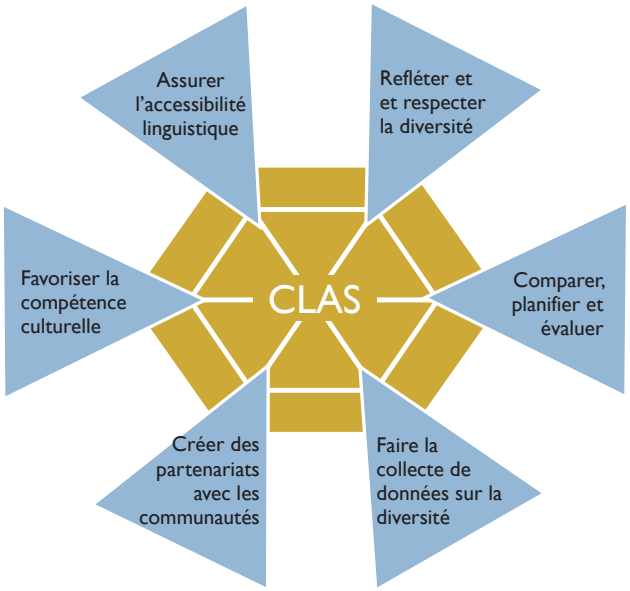
Nous avons visité des établissements décrits comme modèles d'excellence et avons observé des pratiques exemplaires. Nous n'avons pas eu l'occasion, dans le cadre de ce mandat, de visiter des établissements universitaires ou régionaux et de constater la réalité dans ces environnements.

Les évaluations de résultats demeurent parcellaires et visent plutôt les aspects de mise en œuvre. Les autres modalités d'évaluation mentionnées résident dans les questionnaires de satisfaction de la clientèle, les plaintes reçues, les évaluations de rendement du personnel et les outils d'auto-évaluation de normes CLAS. Le *Lowell Community Health Center* utilise aussi une approche de revue des processus qui lui permet d'identifier des problématiques reliées à l'interprétation et à implanter des mesures correctives. On nous rapporte aussi suivre les grands indicateurs de santé comme mode d'évaluation. Finalement, les organismes d'agrément rendront obligatoires au cours des prochaines années des normes d'évaluation plus sensibles aux facteurs de communication et de culture et les établissements se préparent en conséquence.

Notre étude a permis de découvrir une véritable industrie des compétences culturelles et de l'accessibilité linguistique en santé autant dans la sphère publique que privée. De nombreux organismes ont développé des modèles, des outils, des présentations, des formations, des services conseils en soutien à l'application des normes CLAS, etc. Quelques exemples ont été présentés dans le cadre de cette étude et d'autres ont été mis dans l'annexe A Outils ou l'annexe B Principaux sites Web.

À titre d'exemple : **le guide d'implantation des normes CLAS** du Département de santé publique de l'État du Massachusetts nous semble un outil intéressant. Il s'articule autour de six champs d'action pour guider les établissements de santé à mettre en œuvre les normes CLAS. Le modèle est flexible et favorise l'action dans plus d'un champ à la fois. Il permet de bâtir sur les succès réalisés dans certains des axes. Aussi, ce modèle présente des similitudes avec l'approche de développement de la Société Santé en français et des réseaux en mettant de l'avant l'importance de créer des partenariats avec la communauté, de planifier à partir des besoins de cette communauté et d'évaluer les résultats.

Modèle adapté et traduit du Massachusetts Department of Public Health : Making CLAS Happen : Six Areas for Action



1. La représentation de la communauté à toutes les étapes de la mise en œuvre;
2. La compétence culturelle et linguistique intégrée dans tous les systèmes de l'organisation, tout particulièrement en lien avec les efforts d'amélioration continue;
3. Les changements gérables, mesurables et durables;
4. La démonstration (business case) que les initiatives de compétences culturelles et linguistiques sont essentielles à la survie de l'organisation à long terme;
5. L'engagement de la gouvernance et de la direction;
6. La formation continue, l'encouragement et le soutien du personnel.

Un autre exemple : le **modèle conceptuel** du *California Pan-Ethnic Health Network* basé sur six principes génériques pour passer de la théorie à l'action. Ce sont les facteurs de succès de plusieurs projets ou initiatives étudiés[19] :

Les visites sur le terrain et les entrevues avec les personnes clés nous ont confirmé la validité et l'utilité de ces outils, modèles et/ou principes génériques pour aider les acteurs sur le terrain.

Les établissements de santé américains, tout comme les établissements canadiens, n'hésitent pas à recourir à de l'aide externe pour les aider à développer de nouvelles compétences et à s'engager dans de nouvelles voies. Ils ont souvent besoin d'expertise externe pour les aider à mettre des nouvelles mesures en place, à développer des formations pour leur personnel, à évaluer les capacités linguistiques des employés ou pour combler tout autre besoin spécifique. Les possibilités de développement dans le créneau des compétences culturelles et linguistiques en santé sont nombreuses dans ce domaine d'expertise en plein essor.

[19] *Taking Cultural competency from theory to action Wu, Ellen; Martinez, Martin, California Pan-Ethnic Health Network, 2006*

4 Environnement canadien

4.1 Contexte des services de santé en français au Canada

L'accès aux services de santé pour les communautés francophones en situation minoritaire pose un défi important dans le contexte canadien, pays officiellement bilingue qui compte plus de 32 millions d'habitants répartis sur un immense territoire. Depuis 2002, la Société Santé en français et ses 17 réseaux communautaires de santé, soutenue par Santé Canada, ont réalisé une série d'initiatives et de programmes visant à améliorer l'accès aux services de santé en français.

Malgré tous les efforts à ce jour, la disponibilité d'une main-d'œuvre en mesure de dispenser des services en français en nombre suffisant demeure l'un des grands enjeux pour assurer une offre active et durable de services de santé dans les communautés francophones et acadiennes minoritaires. C'est dans ce contexte que Santé Canada a lancé, en 2009, le Programme de formation linguistique et d'adaptation culturelle (FLAC). Doté d'une enveloppe de cinq millions de dollars, le Programme s'étale sur une période de quatre ans (2010-2013). Durant la première année (2009-2010), les collectes de données ont visé à :

- mieux connaître les besoins des professionnels de la santé en matière de formation linguistique et d'adaptation culturelle;
- établir un inventaire des programmes disponibles;
- mieux connaître les perceptions des gestionnaires de la santé par rapport à l'offre de services de santé en français.

La notion de compétence culturelle et linguistique est encouragée depuis plusieurs années comme étant une façon pour les cliniciens et les organisations de santé de mieux comprendre et répondre plus efficacement aux besoins culturels et linguistiques des diverses communautés dans leur contact avec le système de santé.

La chercheuse canadienne Sarah Bowen définit le concept de compétence culturelle et linguistique comme étant : *« Une prestation de soins de santé qui répond de façon efficace aux besoins des patients et de leurs familles, en reconnaissant et tenant compte du contexte racial, culturel, linguistique, éducationnel et socio-économique au sein de leur communauté »* [20]

Même si des normes sur les compétences culturelles et linguistiques en santé n'existent pas au Canada, nous présenterons dans ce chapitre des exemples canadiens qui s'apparentent aux structures ou aux modèles américains afin de jeter les ponts pour une réflexion canadienne et pour amorcer l'identification de partenaires potentiels. Il est intéressant de noter que les six recommandations d'une étude canadienne sur l'utilisation des services gouvernementaux de langue française, formulées par une équipe de chercheurs de l'Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques [21] (ICRML) pour assurer la vitalité de la langue française en milieu minoritaire au Canada, s'apparentent à plusieurs des normes américaines CLAS.

4.2 Organismes canadiens de recherche et fondations philanthropiques

Le Canada possède une structure de recherche en santé très diversifiée et correspondant en partie aux structures américaines. Nous présentons ici certains des instituts ou structures de recherche canadiens ayant un intérêt pour les minorités francophones ou qui pourraient s'intéresser aux normes en matière de compétences linguistiques et culturelles. **La liste n'est toutefois pas exhaustive.**

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) *www.cihi.ca*
L'ICIS est un organisme autonome à but non lucratif fondé en 1994, qui fournit une information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux et encadré par un conseil d'administration composé de dirigeants du secteur de la santé de partout au Canada. L'ICIS produit des rapports, analyses et recherches sur la santé des Canadiens. Cependant, la grande majorité des banques de données de l'ICIS ne contiennent pas, à ce moment-ci, de données relatives à la langue, à la race ou au pays d'origine.

[20] *Bowen, Sarah. Introduction to Cultural Competence in Pediatric Health Care. Santé Canada, 2000*
[21] *Utilisation des services gouvernementaux de langue française. Une étude auprès des Acadiens et des francophones de la Nouvelle-Écosse sur les facteurs associés à l'utilisation des services gouvernementaux en français. Rapport de recherche par Deveau, K; Landry, R.; Allard, R. ICRML, septembre 2009*

L'Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques (ICRML) *www.icrml.ca*

Organisme indépendant à but non lucratif, l'Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques (ICRML) a été créé en 2002 grâce à un fonds de fiducie mis sur pied par le gouvernement du Canada. L'ICRML loge sur le campus de l'Université de Moncton. Sa mission est de promouvoir une plus grande connaissance de la situation des minorités de langue officielle du Canada, et une meilleure compréhension des enjeux prioritaires qui les concernent au moyen de la recherche et de la compilation de données sur des questions essentielles pour les communautés minoritaires de langue officielle au Canada. Parmi ses 5 axes de recherche, on retrouve la **Santé en contexte minoritaire** ainsi que la **Vitalité des communautés.**

Le Centre interdisciplinaire de recherche sur la citoyenneté et les minorités (CIRCEM) *www.sciencessociales.uottawa.ca/circem*

Le Centre interdisciplinaire de recherche sur la citoyenneté et les minorités (CIRCEM) est un centre de recherche de la Faculté des sciences sociales de l'Université d'Ottawa, créé en 2000. Son objectif est de promouvoir et de développer, à l'Université d'Ottawa, les recherches et la formation portant sur la citoyenneté et les groupes minoritaires. Il est aussi un lien de convergences pour les chercheurs d'ici et d'ailleurs, préoccupés par les questions du « vivre-ensemble » et du pluralisme. Le CIRCEM est organisé principalement autour de trois axes de recherche : *démocratie et politique; justice et droit; francophonie et minorités*.

L'Association canadienne de santé publique (ACSP)
www.cpha.ca

L'Association canadienne de santé publique est une association nationale, indépendante et à but non lucratif. Elle représente la santé publique au Canada et entretient des liens étroits avec la communauté de santé publique internationale. Les membres de l'ACSP croient fermement à l'accès universel et équitable aux conditions de base qui sont nécessaires à la santé de tous les Canadiens.

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
cihr-irsc.gc.ca

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) intègrent la recherche selon une structure interdisciplinaire unique composée de 13 instituts « virtuels ». Les **instituts des IRSC** sont des réseaux de chercheurs réunis pour se concentrer sur les problèmes majeurs en santé. La structure virtuelle des instituts favorise les partenariats et les collaborations entre les secteurs, les disciplines et les régions.

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) *www.fcrss.ca*

La FCRSS est un organisme indépendant à but non lucratif dont le mandat consiste à promouvoir l'utilisation des données probantes afin de renforcer l'offre de services destinés à améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes. Depuis plus d'une décennie, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) réunit des chercheurs et des décideurs qui souhaitent créer des connaissances et les mettre en application afin d'améliorer les services de santé offerts aux Canadiens. La FCRSS est une société indépendante, à but non lucratif, établie grâce à un fonds de dotation du gouvernement fédéral et de ses organismes.

Université du Manitoba : Manitoba Center on Health Policy
umanitoba.ca/faculties/medicine/units/community_health_sciences/departmental_units/mchp

Cette unité de recherche de la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba s'intéresse à divers facteurs concernant la santé des Manitobains : qu'est-ce qui fait que les personnes sont en santé? Elle s'est récemment intéressée au dossier de la santé des francophones et une première étude à ce sujet sera complétée à l'été 2011.

Université de l'Alberta - École de santé publique
www.publichealth.ualberta.ca

La docteure Sarah Bowen, professeure et chercheuse à l'Université de l'Alberta, figure parmi les chercheurs éminents au Canada dans les domaines de l'accessibilité culturelle et linguistique et du transfert des connaissances. Ses recherches ont comme objectif de promouvoir l'utilisation de données probantes afin d'adresser les préoccupations soulevées par les populations culturellement diverses.

La Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick
www.nbhrf.com/fr/accueil

La Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick (FRSNB) a été créée en juillet 2008 dans le but de coordonner, de soutenir et de promouvoir la recherche en santé au Nouveau-Brunswick. Elle a comme vision un Nouveau-Brunswick en santé et prospère grâce à la recherche et à l'innovation en santé. Elle a pour mission de jouer un rôle de chef de file et de soutien en vue de renforcer la capacité de la recherche en santé, améliorer la santé de la population du Nouveau-Brunswick et de stimuler l'économie du savoir.

Fondations philanthropiques

Au Canada, nous avons identifié quelques grandes fondations œuvrant, en partie, dans le domaine de la santé et de la vitalité des communautés. Toutefois, la portée de leur action n'a pas - à notre connaissance - touché le champ des compétences culturelles et linguistiques. Étant donné que la santé des minorités n'est pas un enjeu prioritaire dans le contexte canadien, il est difficile de savoir si elles pourraient s'y intéresser et offrir ainsi des avenues de développement possibles. De plus, contrairement aux fondations américaines, plusieurs d'entre elles ne financent pas les projets de recherche compte tenu de l'existence des instituts et centres de recherche et autres bailleurs de fonds.

Nous présentons ici, à titre informatif, quelques fondations canadiennes importantes ayant un volet santé ou santé des communautés.

Fondation J.W. McConnell *www.mcconnellfoundation.ca/fr*

La Fondation J.W. McConnell est une fondation familiale privée qui finance des programmes en vue de bâtir une société plus « inclusive », plus viable, plus résiliente et plus novatrice. La fondation finance des programmes dans les domaines de l'éducation, des arts, du développement communautaire, du développement économique durable et de la santé. Ces initiatives visent à engager directement les communautés dans l'apprentissage et la résolution de problèmes, à faire preuve d'innovation et à transformer les systèmes.

Fondation Lucie et André Chagnon *www.fondationchagnon.org*

La mission de cette fondation, qui œuvre principalement, mais pas exclusivement au Québec, est de contribuer au développement et à l'amélioration de la santé par la prévention de la pauvreté et de la maladie, en agissant principalement auprès des enfants et de leurs parents.

Fondation Trillium de l'Ontario (FTO) *www.trilliumfoundation.org*

La Fondation Trillium est l'une des plus importantes fondations subventionnaires au Canada et relève du gouvernement de l'Ontario. Sa mission est de favoriser l'épanouissement de communautés saines et dynamiques en Ontario, en investissant dans des initiatives communautaires qui renforcent les capacités du secteur bénévole et améliorent la qualité de vie des Ontariens et Ontariennes.

4.3 Organisme d'agrément

Au Canada, l'organisme ayant un mandat pancanadien d'appréciation de la qualité des services dans les établissements et programmes de santé est Agrément Canada. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada exige l'accréditation par Agrément Canada pour tout établissement qui désire accueillir des étudiants en médecine.

Dans cette section, nous présentons Agrément Canada et ses exigences en matière de compétence linguistique. Par la suite, nous aborderons les liens entre la pratique professionnelle et la compétence linguistique dans un contexte canadien.

Agrément Canada *http://www.accreditation.ca*

Agrément Canada est un organisme indépendant à but non lucratif, agréé par l'*International Society for Quality in Health Care (ISQua)*. Il fournit aux organismes de santé un processus d'examen externe, mené par des pairs, selon des normes d'excellence afin d'évaluer et d'améliorer les services offerts.

Depuis plus de 50 ans, Agrément Canada aide les organismes à promouvoir des soins de santé de qualité. Il permet aux organismes d'obtenir des conseils de la part d'autres professionnels de la santé afin d'améliorer leurs services.

Dans leur quête d'excellence, plus de 5000 d'organismes de soins de santé adhèrent annuellement au programme d'Agrément Canada, et ce, sur une base volontaire. Ces organismes considèrent l'agrément comme une démonstration tangible de leur capacité à offrir des soins et services de qualité à leurs pairs, employés, clients et bailleurs de fonds.

Les normes d'Agrément Canada sont des normes d'excellence et elles sont révisées, tous les 5 ou 6 ans, dans le cadre d'un processus consultatif élaboré. Des ajustements peuvent être faits annuellement suite aux résultats des visites d'agrément effectuées dans tout le pays. Chaque norme est assortie de critères spécifiques qui définissent les processus qui doivent être mis en place et qui font l'objet de l'évaluation par les pairs, c'est-à-dire les visiteurs/évaluateurs bénévoles d'Agrément Canada. Le plus récent programme de normes d'Agrément Canada – le programme Qmentum – comporte davantage de

L'agrément au Canada en bref :

- Obligatoire au Québec et en Alberta
  - QC - Agrément Canada ou Conseil québécois d'agrément
  - AB - Agrément Canada ou Canadian Acute Council pour les services sociaux
- En Ontario, l'agrément est requis pour l'obtention de certains contrats du gouvernement ontarien, comme en soins à domicile. De plus, les coûts reliés aux processus d'agrément font l'objet d'une subvention pour la catégorie longue durée.
- En Nouvelle-Écosse, les établissements doivent faire l'objet d'une révision par des pairs, effectué par Agrément Canada
- L'agrément est facultatif dans les autres provinces et territoires.

conseils à l'intention des établissements et des équipes afin de les aider à mieux comprendre la portée des normes et des critères.

Agrément Canada met à la disposition de ses évaluateurs une série d'outils et de questionnaires pour les aider à saisir la situation au sein des établissements visités et à élaborer des traceurs de processus. Les évaluateurs sont choisis en fonction de l'établissement ou du programme visé par la visite d'agrément. De façon générale, ils proviennent d'un autre secteur du système de santé pour permettre une approche neutre. L'établissement visité doit mettre à la disposition des évaluateurs tous les rapports d'évaluation des différents ordres ou associations professionnelles qui œuvrent au sein de l'établissement pour **consultation facultative sur place** par les visiteurs. Cet aspect semble tout particulièrement encadré au Québec.

Les exigences d'Agrément Canada en matière de compétence linguistique

Les normes et critères d'Agrément Canada visent plusieurs services et catégories d'établissements. Ils démontrent une préoccupation à l'égard des compétences linguistiques de l'équipe traitante, particulièrement dans le cadre **d'un consentement éclairé ou de la transmission d'information sur les traitements et services.** Cependant, les normes et les critères ne sont pas spécifiques aux facteurs linguistiques ou aux aspects de langues officielles. Dans le programme Qmentum, c'est seulement à la lecture des conseils qui accompagnent les normes et critères qu'on note quelques références au facteur linguistique.

Un exemple de conseil :
l'équipe traitante doit vérifier que le patient et la famille ont bien compris l'information qui leur a été transmise au sujet des services offerts. Pour ce faire, **l'information doit être disponible dans la langue d'usage du patient lorsque possible** et dans une forme simple et facile à comprendre.

En ce qui concerne les pratiques organisationnelles requises et la santé publique, les normes font référence à l'identification des groupes communautaires à plus haut risque de problèmes de santé en précisant que ceux-ci **peuvent** inclure des groupes d'appartenance linguistique diversifiée. Pour les services de soutien à domicile, l'organisation doit identifier et, **lorsque possible,** éliminer les barrières qui empêchent l'accès aux services incluant les barrières linguistiques.

Une des façons par laquelle Agrément Canada tente de répondre à certaines considérations linguistiques est dans la préparation des visites d'agrément et dans le choix des équipes d'évaluateurs. L'établissement qui demande l'agrément doit fournir un profil démographique de sa clientèle et de ses services (le profil linguistique de la clientèle n'est pas obligatoire). Les responsables à Agrément Canada connaissent les établissements et l'historique des visites ce qui leur permet d'établir le profil des visiteurs et de déterminer, **s'il y a lieu,** la nécessité de compter un visiteur francophone ou non au sein de l'équipe. Cependant, cette décision est facultative et le visiteur francophone n'est pas automatiquement attitré aux aspects linguistiques reliés aux services en français lors de la visite d'inspection.

C'est finalement par le biais de la sécurité des patients et de la gestion des risques qu'Agrément Canada tente de répondre aux enjeux de communication en santé. Toutefois, la nature non contraignante des aspects linguistiques pour Agrément Canada contraste avec les normes américaines de communication centrée sur le patient et la famille du *Joint Commission* qui comportent un caractère plus explicite et plus contraignant.

En 2007, Agrément Canada a été sensibilisé aux besoins des communautés francophones à l'occasion de l'initiative nationale de la Société Santé en français intitulée Préparer le terrain. Le Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard a exposé, dans le contexte de cette initiative, le caractère incontournable des dimensions culturelles et linguistiques comme paramètres systématiques d'appréciation de la qualité des services en santé et demandait :

« Que le CCASS continue d'accroître la sensibilisation aux répercussions des problèmes de communication sur les normes d'agrément qui concernent la façon dont les établissements de santé répondent aux besoins linguistiques des communautés, des patients et des familles de langue minoritaire en prenant les mesures suivantes… » [22]

Une autre piste de collaboration sur l'accessibilité linguistique proposée par le Réseau des services de santé de l'Est de l'Ontario visait l'implication potentielle d'Agrément Canada dans le processus de désignation des établissements pouvant offrir des services en français. Ce projet n'est pas concrétisé à ce moment-ci.

Ces récentes démarches ont cependant permis de confirmer l'ouverture d'Agrément Canada au développement de collaborations permettant d'améliorer la prestation des services de santé en français aux communautés francophones et acadiennes minoritaires au pays.

[22] Les répercussions des problèmes de communication sur la Prestation de soins de santé de qualité aux communautés et patients de langue minoritaire. Exposé de position, Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard, mars 2007

4.4 Compétences linguistiques des professionnels de la santé

Il existe aussi tout un système d'évaluation de la pratique professionnelle des différentes professions de la santé. Au Canada, cette responsabilité est confiée aux organismes professionnels responsables d'assurer la qualité de l'acte et la protection du public, soit les ordres et les associations professionnelles.

Un code de déontologie propre à chacune des professions de la santé contient déjà les règles éthiques qui régissent l'exercice de la profession. Parmi ces règles, l'obligation d'obtenir un consentement éclairé nécessite une capacité de communiquer avec le patient de façon à ce que l'information échangée soit comprise. Les codes de déontologie constituent donc une avenue intéressante à explorer pour véhiculer l'importance de la compétence linguistique. Dans le cadre de ce rapport, nous nous sommes penchés sur les codes déontologiques régissant la profession médicale aussi bien au plan national que pour chaque province. Nous avons constaté que l'obligation de communiquer au patient les renseignements nécessaires à une prise de décision éclairée concernant sa santé ne diffère pas tellement d'une profession de la santé à une autre ni d'une province à l'autre.

La seule obligation pour tous les médecins est d'appartenir au Collège des médecins et chirurgiens de leur province. Chaque province établit son propre code de conduite et détient le pouvoir de légiférer et de contrôler l'octroi et le retrait des permis de pratique. Ainsi, au Canada, seulement pour la profession médicale, nous comptons 13 codes de déontologie, un pour chaque province et un pour chaque territoire. Les valeurs et principes de base des codes de déontologie provinciaux reflètent majoritairement les standards nationaux de l'Association médicale canadienne et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

À titre d'exemple, les articles 21 et 22 du Code de déontologie de l'Association médicale canadienne concernent la communication, la prise de décision et le consentement éclairé. Ces articles précisent que le médecin doit :

« Art. 21 Fournir à ses patients l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées au sujet de leurs soins de santé et répondre à leurs questions au meilleur de ses compétences.

Art. 22 Faire tous les efforts raisonnables pour communiquer avec ses patients de façon à ce que l'information échangée soit comprise »

www.cma.ca

Le Code de déontologie des médecins au Québec se distingue des autres provinces par sa mention explicite concernant la question d'appartenance linguistique du patient.

L'article 23 se lit comme suit :

« Le médecin ne peut refuser d'examiner ou de traiter un patient pour des raisons reliées à la nature de la déficience ou de la maladie présentée par ce patient ou pour des raisons de race, de couleur, de sexe, de grossesse, d'état civil, d'âge, de religion, d'origine ethnique ou nationale ou de condition sociale de ce patient ou pour des raisons d'orientation sexuelle, de mœurs, de convictions politiques ou de langue; il peut cependant, s'il juge que c'est dans l'intérêt médical du patient, diriger celui-ci vers un autre médecin » (R.R.Q., C. M-9, r.17)

Tout comme celui des médecins, le Code de déontologie de **l'Association canadienne des infirmières et infirmiers du Canada** (AIIC) précise les obligations suivantes en matière de discrimination et de prise de décision éclairée, sans toutefois préciser l'aspect linguistique.

« Lorsqu'elles prodiguent des soins, les infirmières ne font pas de discrimination fondée sur la race, l'origine ethnique, la culture, les croyances politiques et spirituelles, la situation sociale ou matrimoniale, le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge, l'état de santé, le lieu d'origine, le mode de vie, la capacité mentale ou physique, le statut socioéconomique ou toute autre caractéristique.

Dans la mesure du possible, les infirmières fournissent aux personnes prises en charge les renseignements dont celles-ci ont besoin pour prendre des décisions éclairées concernant leur santé et leur bien-être. » www.cna-nurses.ca

En résumé, les codes de déontologie, au plan national, ne précisent pas de devoir spécifique en lien avec l'accessibilité linguistique. Ce sont plutôt des guides qui ont inspiré les codes de déontologie des ordres professionnels au plan provincial qui, eux, ont un pouvoir législatif. Malgré les dispositions traitant la question du consentement éclairé et de la non-discrimination, et à l'exception du Québec, les codes de déontologie provinciaux ne font aucune mention de la compétence et de l'accessibilité linguistique.

Note des auteurs : *Nous n'avons pas revu l'ensemble des codes de déontologie des professions de la santé en ce qui concerne les facteurs linguistiques tant au niveau national que provincial. Nous tenons toutefois à souligner les efforts entrepris par l'AIIC avec le Projet soins infirmiers en français [23]. Et aussi, nous notons les efforts de plusieurs ordres et associations de professionnels à sensibiliser leurs membres aux facteurs culturels.*

[23] Projet soins infirmiers en français, août 2007 AIIC.

4.5 Modèles canadiens favorisant l'accessibilité linguistique et l'adaptation culturelle

Malgré l'absence de normes canadiennes en matière de services de santé culturellement et linguistiquement adaptés, il existe des approches et des modèles canadiens qui présentent un grand intérêt dans le contexte de cette étude et dont certains éléments pourraient être pris en compte dans une éventuelle réflexion stratégique à cet égard.

Au Canada, l'accessibilité linguistique dans le domaine de la santé se traduit principalement par des programmes, plans d'accès ou plans de désignation. Ces modèles reposent sur des cadres législatifs et sur les structures des systèmes de santé des provinces visées. Il nous semblerait pertinent de faire l'inventaire de l'ensemble de ces différentes approches pour assurer l'accessibilité linguistique aux minorités de langues officielles au Canada afin de pouvoir en extraire les similitudes, les forces et mieux comprendre les difficultés rencontrées.

Les modèles retenus dans cette étude reposent sur une expertise de plusieurs années, mais ne constituent cependant pas une liste exhaustive des initiatives en cours en matière d'accessibilité linguistique au Canada. Ces modèles présentés sont :

- Programmes d'accès aux services linguistiques :
  - le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise du Québec
  - le Plan de désignation des services de santé en français de l'Ontario
  - le Plan de désignation du Manitoba

Notre étude nous a aussi permis d'identifier une organisation autochtone qui a développé un modèle d'adaptation culturelle en contexte canadien ainsi qu'un guide de compétences et sécurités culturelles :

- l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA).

Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise du Québec

Le programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise du Québec est un ensemble de plans régionaux qui précisent la manière, les services et les établissements qui ont une obligation de livrer leurs services de santé et leurs services sociaux en langue anglaise pour la population anglophone, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières des établissements visés.

Chacune des 18 structures administratives de la santé (Agences ou autres) définit les différentes modalités qui permettent à la personne d'expression anglaise d'accéder aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise, et ce, localement, régionalement ou dans une autre région.

Le processus d'actualisation du plan global d'accès s'enclenche à partir d'une directive du ministre de la Santé et des Services sociaux et descend la structure jusqu'aux établissements et communautés. Les établissements de première ligne sont tenus de déposer un plan d'accessibilité linguistique pour les clientèles visées par leurs projets cliniques (programmes visant des clientèles spécifiques, santé mentale, aînés, etc.). Les plans d'accès remontent ensuite la structure hiérarchique jusqu'au comité provincial d'accès aux services en langue anglaise et au Conseil des ministres pour approbation et adoption.

Les forces du programme :

- le programme d'accès bénéficie d'une sanction gouvernementale et d'une structure administrative au ministère et dans les Agences en appui au programme;
- les plans sont basés sur une connaissance de l'état de santé, des besoins et des particularités de la population anglophone des différentes régions et les représentants communautaires sont impliqués au niveau régional et provincial;
- les plans d'accès sont régionaux, responsabilisent les établissements de première ligne qui doivent assurer la disponibilité des services en anglais à des points critiques du cheminement de la clientèle dans leurs établissements – **accueil, évaluation** et, au besoin, **orientation** vers d'autres ressources (établissements désignés ou indiqués de 2e et 3e ligne);

Établissement reconnu

Un établissement est reconnu par l'Office québécois de la langue française (OQLF). Cette reconnaissance repose sur le fait que l'établissement compte plus de 50 % de ses clients d'expression anglaise et qu'il est tenu de rendre ses services accessibles en langue anglaise aux personnes d'expression anglaise.

Établissement désigné

Un établissement désigné est un établissement que le gouvernement désigne parmi les établissements reconnus pour offrir tous ses services de santé et des services sociaux en anglais et en français.

Établissement indiqué

Un établissement indiqué est celui qui est identifié comme devant offrir au moins un service ou un programme service en langue anglaise. Un établissement indiqué n'est pas tenu à une reconnaissance par l'OLF.

- des banques régionales d'interprètes et de traducteurs existent dans certaines régions :
  - Montréal *www.santemontreal.qc.ca/fr/services/anglais/banque.html*
  - Outaouais *www.apo-qc.org/apo.html*
  - Estrie www.aide-internet.org/sanc
  - Québec *www.cifqfemmes.qc.ca/brilc.php*
- le système de gestion des plaintes local, régional et provincial permet d'identifier les problématiques et de planifier des mesures correctives appropriées.

Les défis du programme :

- Approche découlant d'impératifs législatifs et réticences pour certains établissements d'assumer une obligation légale additionnelle découlant d'un décret gouvernemental;
- Nombreux défis d'ordre administratif associés à l'actualisation du plan d'accès dans les établissements (recrutement et rétention de personnel bilingue, enjeux syndicaux associés à l'affichage des postes);
- Aucun financement additionnel pour les établissements ayant un statut de désignation;
- Le plan vise l'accessibilité aux services en langue anglaise sans égard à l'appartenance culturelle de la clientèle anglophone;
- Les services destinés aux anglophones des milieux ruraux varient énormément d'une région à l'autre du Québec et entre la région de Montréal et le reste du Québec.

Pistes d'avenir

Parmi les pistes d'avenir mentionnées lors d'une entrevue avec le directeur par intérim du Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et Secrétaire du Comité provincial, monsieur Ronald McNeil :

- Établir des normes d'accessibilité linguistique ainsi que des mécanismes d'évaluation des résultats en lien avec le processus obligatoire d'agrément;
- Élaborer des indicateurs pour l'évaluation et le suivi des plans d'accès;
- Rendre accessible à tous les établissements une banque de documentation en langue anglaise afin d'éviter la duplication au niveau local et de favoriser la disponibilité d'information sur le territoire;
- Établir un mécanisme d'évaluation de la qualité des services de traduction.

En conclusion, le défi majeur d'un plan d'accès reposant principalement sur un cadre législatif est de recentrer de façon continue le discours et les démarches sur une approche d'amélioration continue de la qualité, de sécurité des soins et services et de gestion de risques pour toute clientèle vivant en situation de minorité linguistique. Le modèle québécois a une application restreinte au plan national, car il est étroitement lié à la structure organisationnelle du système de santé québécois et à la notion de responsabilité populationnelle des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Cependant, la longévité ainsi que certains des aspects du programme méritent d'être inclus dans une réflexion sur les compétences linguistiques.

Services de santé en français au Manitoba [24]

La Politique sur les services en langue française du gouvernement du Manitoba a pour but de permettre aux Manitobains d'expression française et aux établissements qui les servent de bénéficier de services gouvernementaux comparables dans la langue des lois du Manitoba (français et anglais). Selon cette politique, *« Le Secrétariat des services en langue française, dont le mandat s'applique à toutes les instances administratives visées par la politique, est chargé de guider et de surveiller la mise en œuvre de cette politique. Dans l'exercice de son mandat, le Secrétariat voit à la mise en œuvre de la politique, et la facilite, de façon à ce que le concept d'offre active de services soit respecté, et il formule des recommandations à cet effet. »*

En santé, il existe sept (7) offices régionaux de la santé (ORS) désignés bilingues et quatre régies des services à l'enfant et à la famille. En vertu du Règlement sur les services en français de la Loi sur les offices régionaux de la santé, chaque office régional de la santé désigné doit présenter au ministre de la Santé un plan stratégique de services en français qui s'échelonne généralement sur une période de cinq ans. De plus, un règlement similaire existe pour les quatre régies des services à l'enfant et à la famille qui sont également tenues d'élaborer un plan de services en français et de le soumettre, pour approbation, au ministre des Services à la famille et à la consommation.

Le Conseil communauté en santé du Manitoba, reconnu officiellement par le gouvernement du Manitoba comme porte-parole de la communauté francophone en matière de santé et de services sociaux, appui les ORS et régies désignés à élaborer et à mettre en œuvre leurs plans de services en français. De plus, chaque ORS et régie doit soumettre au Conseil communauté en santé du Manitoba son plan de services en français pour examen et approbation avant que celui-ci soit soumis au ministre de son secteur (santé ou services sociaux) et au ministre responsable des services en français.

[24] La politique sur les services en langue française du gouvernement du Manitoba (PDF, 1,2 Mo)
Le règlement sur les services en français de la Loi sur les régies de services à l'enfant et à la famille (PDF, 92 Ko)

Le plan stratégique de services en français :

- expose la politique en matière de services en français;
- indique les mesures à prendre afin que des services à l'enfant et à la famille soient offerts en français aux résidents des régions désignées;
- explique comment les collectivités francophones des régions désignées seront consultées;
- indique la nature, le déroulement et le résultat des consultations;
- énonce la stratégie proposée pour adoption afin d'informer la population des services en français qui lui sont offerts.

Le Conseil communauté en santé du Manitoba travaille présentement avec le gouvernement du Manitoba sur deux initiatives d'importance, soit le développement d'un processus d'évaluation des plans stratégiques de services en français des offices régionaux de la santé ainsi que la création d'un processus officiel de désignation des établissements de santé et de services sociaux francophones et bilingues.

Plan de désignation des services de santé en français de l'Ontario [25]

En Ontario, la loi garantit au public le droit de recevoir des services en français de la part des ministères et des organismes gouvernementaux dans les régions désignées à cet effet. Une région désignée doit compter au moins 10 % de francophones ou 5 000 francophones pour les centres urbains.

Les organismes financés en partie par les fonds publics, tels les hôpitaux, les sociétés d'aide à l'enfance et les foyers pour personnes âgées, ne sont pas automatiquement assujettis à la loi. Ils sont plutôt **identifiés** en vue d'obtenir une désignation par le biais d'une directive du ministère de la Santé et des Soins de longue durée ou d'une instance mandatée à cet effet.

La désignation est la reconnaissance légale, par le gouvernement de l'Ontario, de la compétence d'un organisme à offrir des services en français selon des critères fixés par l'Office des affaires francophones. Jusqu'à tout récemment, la responsabilité de recommandation de désignation pour la région Champlain était confiée au Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, cette responsabilité échoit maintenant au Réseau local intégré de services de santé de la région, suite au changement de la loi et de l'organisation du système de santé.

La désignation
Les établissements identifiés peuvent demander leur désignation en vue de devenir des fournisseurs officiels de services en français. Une fois désignés, les organismes sont tenus d'offrir des services en français au même titre que les ministères.

Les critères de désignation sont basés sur les éléments suivants :

- Permanence et qualité des services;
- Accès garanti aux services en français;
- Représentation francophone au conseil d'administration et dans l'équipe de direction;
- Imputabilité des services en français incluant une politique officielle.

La désignation est complète lorsque tous les programmes et services sont visés

La désignation est partielle si le statut s'applique à certains programmes ou services seulement

Le plan de désignation, après avoir franchi les étapes requises, fait l'objet d'un règlement du Conseil des ministres de l'Ontario et devient fournisseur officiel de services en français. La mise en place récente des Entités de planification en Ontario et le rôle qui leur sera dévolu dans ce contexte nouveau seront autant de pistes à étudier en ce qui concerne l'accessibilité linguistique pour les communautés francophones ontariennes.

En résumé,
Les contextes d'accessibilité linguistique sont propres à chaque province et les mesures adoptées varient d'une province à l'autre. Elles se situent toutes dans un environnement législatif et réglementaire sujet à l'approbation du ministre ou du Conseil des ministres. Il sera intéressant de compléter cette revue du système canadien afin d'avoir une perspective plus complète non seulement des aspects législatifs, mais aussi des pratiques prometteuses.

[25] La désignation des services de santé en français : Mise en contexte dans le cadre du Plan de distribution des services cliniques des comtés de l'Est de l'Ontario, Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, février 2010

Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)

http://www.naho.ca

Créée en 2000, l'organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) est une organisation à but non lucratif vouée à l'amélioration de la santé physique, mentale, émotionnelle, sociale et spirituelle de toutes les personnes, familles et communautés inuits, métisses et des Premières nations. L'ONSA vise à faire évoluer et promouvoir la santé et le bien-être chez les Premières nations, les Inuits et les Métis, grâce à de la **recherche collaborative**, au **savoir autochtone traditionnel,** au **développement des capacités** et aux **initiatives d'origine communautaire.**

Les organisations membres de l'ONSA comprennent : le Congrès des peuples autochtones, les Inuits Tapiriit Kanatami, le Ralliement national des Métis et l'Association des femmes autochtones du Canada. Le travail de l'ONSA est renforcé par ses trois centres : *Le Centre des Premières nations, le Centre Inuit Tuttarvingat* et *le Centre des Métis*. Chacun de ces centres se consacre à l'avancement de la santé et du bien-être des Premières nations, des Inuits et des Métis respectivement, en se concentrant sur les besoins spécifiques des populations qu'ils servent et en favorisant des approches culturelles pertinentes des soins de santé.

La mission de l'ONSA est centrée sur l'autodétermination et une prise en charge de l'offre de services par le peuple autochtone dans les domaines de la santé et du bien-être, de façon à promouvoir une valorisation intergénérationnelle des traditions autochtones. L'ONSA tente de faire le lien entre la médecine scientifique occidentale et l'approche holistique des autochtones. Les défis découlant de la situation particulière des peuples autochtones au plan historique, légal et démographique sont difficilement généralisables à la situation et aux défis d'accès aux services de santé des communautés en situation de minorité linguistique au Canada.

Compétence et sécurité culturelles : Guide à l'usage des administrateurs, fournisseurs et éducateurs en santé

Le guide de l'ONSA démontre l'importance des soins culturellement sécuritaires et compétents et identifie les intervenants qui sont impliqués dans le processus. Ce guide propose des façons d'évaluer divers programmes et politiques en santé et en éducation afin d'en assurer la sécurité culturelle. Aussi, le guide examine comment ces environnements culturellement sécuritaires s'appliquent aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis et propose des directives spécifiques pour une sécurité culturelle en santé.

En résumé, les efforts de l'ONSA à ce jour se situent dans les sphères de l'organisation des services et du développement de normes et guides de pratiques. Leur notion de sécurité culturelle est pertinente; l'ONSA favorise une approche de sécurité culturelle qui implique que le praticien, qu'il soit autochtone ou non, soit capable de communiquer de façon compétente avec ses patients, dans le respect de leur culture sociale, politique, linguistique, économique et spirituelle. La sécurité culturelle situe l'adaptation culturelle dans un contexte culturel plus global de la qualité des services de santé en mettant l'accent sur les risques inhérents à l'absence d'adaptation culturelle. Le Centre Metta (Lowell) présente des similarités avec le modèle de l'ONSA qui intègre les méthodes traditionnelles des premières nations et les approches de soins contemporaines.

5 Leçons apprises, constats, enjeux et pistes d'orientation

Dans ce chapitre, nous présenterons les principaux constats, enjeux et pistes d'orientation qui se dégagent des documents consultés, mais plus spécifiquement des leçons apprises dans le cadre des entrevues, des modèles étudiés et des visites sur le terrain.

Aux États-Unis, la compréhension des enjeux relatifs aux barrières linguistiques et culturelles en santé, le développement de normes pour des services culturellement et linguistiquement adaptés, la promotion, l'éducation et finalement la mise en œuvre de ces normes, ont été réalisés dans le cadre d'un processus extrêmement long, tant au niveau stratégique national, qu'au niveau des États, et dans les établissements et les organisations de santé. Il s'est écoulé **plus de 25 ans** depuis la création de l'*Office of Minority Health* en 1986 et plus de 10 ans, depuis le dépôt des normes pour des services culturellement et linguistiquement adaptés – les normes CLAS.

Le cadre normatif des compétences culturelles et linguistiques en santé peut se développer dans l'environnement législatif, l'environnement de la qualité ou dans l'environnement de l'agrément. En fait, la complémentarité de tous ces milieux contribue au succès de la mise en œuvre de telles normes. Cependant, étant donné la nature même de ces normes, il est préférable d'avoir un système national. Nos visites sur le terrain ont confirmé que l'existence d'un cadre conceptuel d'application vient mieux encadrer et faciliter la promotion et la mise en œuvre des normes.

Répondre aux besoins culturels et linguistiques des patients représente un défi important pour les hôpitaux et les résultats sont plus concrets en ce qui concerne les besoins linguistiques que les besoins culturels aux États-Unis. L'obligation de se conformer aux normes linguistiques CLAS (Normes 4 à 7, page 15) pour avoir droit au financement fédéral, principalement les programmes d'assurance-maladie *Medicare et Medicaid,* a constitué **un levier majeur** pour l'adoption des normes CLAS par les établissements et les organisations de la santé aux États-Unis.

Ce levier n'existe pas au Canada, la santé étant une juridiction provinciale. L'Étude menée par Santé Canada sur les comparaisons internationales fait d'ailleurs ressortir cet état de fait [26].

« La principale complication pour le Canada est que la Constitution ainsi que la Loi sur les langues officielles (LLO) garantissent des droits aux locuteurs de langue officielle uniquement en ce qui concerne les institutions fédérales. Lorsque le gouvernement fédéral a transféré des pouvoirs aux provinces et aux territoires (dans de nombreux domaines, notamment la santé), il a associé la prestation de services dans la langue des communautés minoritaires aux lois, politiques et normes provinciales. Voici ce qui constitue peut-être la différence la plus cruciale entre les communautés internationales et canadiennes. »

Leçons apprises dans le cadre des visites sur le terrain

À la fin de chaque entrevue ou visite, nos interlocuteurs ont offert leur perspective globale concernant l'utilité des normes CLAS pour le domaine de la santé et des conseils découlant de leurs propres expériences ainsi que de leur connaissance du contexte canadien.

Leurs perspectives et leurs conseils sont résumés dans les tableaux ci-joints :

Notre revue de littérature, nos entrevues et nos visites sur le terrain nous ont également permis de dégager des constats, de faire ressortir quelques grands enjeux pour la SSF et les réseaux.

[26] Comparaisons internationales : Un aperçu de l'accès aux soins de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire au Canada, en Espagne, en Belgique et en Finlande. Rapport de Recherche préparé par BACLO - Bureau d'appui aux communautés de langue officielle, 2007, page 51

Perspectives et conseils de nos interlocuteurs américains

Avantages des normes CLAS	Défis des normes CLAS

• Fournit un **cadre conceptuel**
  - Pour évaluer ce que l'on fait
  - Pour comprendre nos forces et nos faiblesses
  - Pour comprendre nos biais
• Donne un **statut officiel** au dossier des compétences linguistiques et culturelles et en facilite la **promotion**
• Sanctionné par un organisme national
• Fournit une **base commune** d'accessibilité linguistique dans l'environnement des établissements de santé
• Rend l'enjeu compréhensible, mesurable et atteignable
	• Ça prend beaucoup **de temps,** car les changements sont significatifs
	• **L'investissement** à plusieurs niveaux (leadership, financier, etc.) est essentiel pour encourager et soutenir des changements aussi significatifs
	• Garder le cap sur les **besoins des clients,** car les services linguistiques sont un des moyens de rejoindre et de se faire comprendre par la clientèle
	• Avoir un incitatif - l'obligation de se conformer aux normes linguistiques CLAS # 4 à # 7 pour obtenir du financement fédéral a fait avancer l'agenda de la santé des disparités en santé aux États-Unis
	• Éviter les stéréotypes culturels

Défis des normes CLAS

• Être inclusif : *qualité des services pour tous!*
• Travailler à partir des besoins identifiés par les communautés : elles connaissent leurs besoins!
• Se faire des alliés, découvrir de nouveaux partenaires et **créer des ponts** entre nos alliés
• Éduquer et sensibiliser les leaders, les politiciens, les décideurs – **avoir des champions**
• Développer un argumentaire adapté et une approche ciblée pour les différents auditoires
  - Arguments éthiques
  - Sécurité des patients
  - Gestion des risques
  - Qualité des services
  - Responsabilité des établissements et des professionnels
  • Arguments coûts/bénéfices

Constats

Dans cette section, nous présentons nos constats articulés autour de quatre grands thèmes : les normes, le cadre normatif, l'accessibilité linguistique et l'adaptation culturelle et l'impact des normes pour les établissements de santé.

Des normes pour résoudre une problématique ou un enjeu de société

Les normes américaines pour des services culturellement et linguistiquement adaptés tentent de répondre à un enjeu majeur de la société américaine – les disparités en santé pour les minorités d'origine raciales et ethniques, et de façon plus globale l'équité en santé. L'enjeu est connu, documenté et appuyé par de nombreuses études scientifiques.

Aux États-Unis, le besoin d'agir s'est fait plus pressant lorsque la problématique de la santé des minorités est sortie des grandes villes américaines où elle était connue depuis longtemps pour s'étendre à tout le territoire américain suite à l'adoption des lois d'immigration plus récentes. *C'est devenu l'affaire de tous et il était urgent d'agir!*

Le domaine des compétences culturelles et linguistiques est passé, en dix ans, d'un concept un peu flou à une **intervention reconnue** dans la recherche d'équité en santé et de moyens pour améliorer la santé globale des Américains, quelles que soient leurs origines raciales ou ethniques.

Un cadre normatif en matière de compétences linguistiques et culturelles est utile et pertinent

L'approche de normalisation est pertinente comme moyen de répondre à un besoin, de faire avancer un dossier, d'en faire la promotion, l'éducation et éventuellement de favoriser la mise en œuvre de solutions appropriées. L'approche normative se distingue d'une approche de revendication en ce qu'elle se base sur une problématique reconnue et faisant consensus et qu'elle propose des pistes de solutions pour résoudre cette problématique.

Les normes américaines sont nationales et :

- proviennent d'un organisme officiel du gouvernement fédéral;
- sont rédigées avec la contribution d'experts, de représentants du milieu et d'autres partenaires incluant des consultations auprès de la population;
- sont appuyées par des données probantes (recherches, projets pilotes, etc.);
- permettent de répondre aux besoins des clients en santé et visent une accessibilité accrue et des services de santé plus sécuritaires pour le client;
- sont facultatives, mais appuyées, encouragées et éventuellement reliées au processus d'agrément au plan national ou à d'autres mécanismes appropriés (*MassHealth*);
- la nécessité d'adhérer aux normes linguistiques CLAS pour recevoir des fonds fédéraux a servi de levier puissant;
- la disponibilité de financement pour des études, des projets et des initiatives reliés aux normes CLAS a permis de faire progresser le dossier dans tous les milieux.

Avoir des normes permet de rendre un dossier important, d'établir des balises afin d'en guider le développement et la mise en œuvre. Par contre, si les normes s'accompagnent de tracasseries administratives exagérées, on obtiendra l'effet contraire et les organismes visés ne s'y intéresseront pas. L'aspect facultatif est essentiel dans une première phase de développement.

Aussi, il importe de bien identifier les objectifs visés par l'adoption de ces normes et d'établir des cibles mesurables. Par la suite, il faut se donner les outils pour colliger les données nécessaires à l'évaluation des résultats, afin d'assurer la pérennité des efforts et des investissements dans ce dossier.

Accessibilité linguistique et adaptation culturelle vont de pair

L'accessibilité linguistique, dans le contexte de l'application des normes CLAS aux États-Unis, consiste en une série **coordonnée** de mesures, de modalités et d'outils dont :

- L'affichage en plusieurs langues et l'offre active de services d'interprétation **gratuits;**
- Du personnel formé en compétences culturelles à toutes les étapes du cheminement du patient;
- L'identification et l'inscription des besoins linguistiques de la clientèle à l'enregistrement dans le système d'information et dans les bases de données;
- La coordination des visites en tenant compte des besoins linguistiques du patient;
- L'intervention professionnelle avec accès linguistique, en ordre de préférence, par :
  - Un professionnel bilingue
  - Un interprète certifié
  - Un service d'interprétation téléphonique
- La disponibilité du coordonnateur de cas et/ou du navigateur bilingue ou trilingue pour assurer le suivi et faciliter l'adhésion de la clientèle au plan de soins ou traitement;
- L'accès a de la documentation en plusieurs langues (consentements, formulaires, information sur les soins, etc.).

L'adaptation culturelle des milieux est plus **complexe**, car elle comprend non seulement l'aspect des communications, mais aussi les valeurs du patient et de l'intervenant, les relations avec le système de santé et plusieurs autres facteurs. Elle se traduit dans les milieux visités par le leadership de la haute direction, par une vision claire, par la diversité et le respect du personnel et surtout par des efforts incessants de formation et de sensibilisation à tous les niveaux.

L'enjeu des masses critiques de personnes ne parlant pas ou ne comprenant pas suffisamment l'anglais constitue un facteur important aux États-Unis avec une population de 280M d'habitants. Au Canada, il n'y a pas de balises nationales pour offrir des services linguistiques dans les deux langues officielles et chaque province fait ses propres choix comme nous avons pu le constater dans le chapitre 4 sur l'environnement canadien.

En résumé :

- Les pratiques relatives aux professionnels de la santé et aux autres intervenants peuvent être différentes d'un milieu à l'autre (avec ou sans incitatif financier), mais tous valorisent le personnel bilingue et les interprètes qualifiés et certifiés pour assurer un service linguistique de qualité;
- L'accessibilité linguistique est plus facile à mettre en application et les établissements peuvent compter sur des firmes de services linguistiques pour compléter leur offre de services linguistiques;
  - Cependant, tous mentionnent que les services linguistiques sont coûteux.
- La formation du personnel en compétences culturelles est la clef de voûte pour créer et maintenir des environnements culturellement et linguistiquement compétents;

- La langue permet d'échanger
- La culture permet de communiquer – de décoder – d'agir efficacement

- Les données linguistiques/culturelles au sujet de la clientèle sont nécessaires
  - La collecte des données doit être standardisée et les données suffisamment précises afin de bien cerner les besoins au niveau des services cliniques et de permettre l'évaluation des résultats et l'amélioration continue des services.

Adhérer aux normes CLAS : un avantage pour les établissements de santé

Parmi les avantages globaux rapportés par les établissements visités et la revue de littérature, nous citons :

- Augmentation de la clientèle (part de marché);
- Engagement et fierté du personnel;
- Recrutement et rétention de main-d'œuvre;
- Réputation et rayonnement de l'établissement;
- Diminution des risques reliés aux problèmes de communication;
- Augmentation significative de la qualité de la communication entre médecins et clients avec les interprètes certifiés; [27]
- Réductions des coûts reliés à l'interprétation;[28]
- Engagement et liens avec la communauté;
- Satisfaction accrue de la clientèle;
- Meilleure qualité de services et interventions cliniques plus efficaces.

Les réussites découlant de l'application des normes CLAS sont aussi très nombreuses lorsque l'on s'attarde à des approches plus ciblées et initiatives de soins reliées à des conditions de santé spécifiques comme le diabète, la santé mentale, la prévention du cancer, et beaucoup d'autres.

Enjeux

L'étude sur les normes en matière de compétences culturelles et linguistiques en santé a permis de mieux comprendre l'environnement dans lequel les normes américaines CLAS s'inscrivent, de connaître le rôle assumé par les partenaires principaux et de prendre acte des meilleures pratiques sur le terrain.

Dans le cadre des réflexions futures sur la pertinence de développer un cadre normatif sur les compétences culturelles et linguistiques en santé, il faudra comprendre et tenir compte du contexte très différent entre le Canada et les États-Unis tant au niveau de la société et de ses valeurs propres que du système de santé plus spécifiquement.

Le tableau suivant résume quelques-unes des différences les plus importantes dont il faudra tenir compte dans une réflexion sur l'élaboration des normes canadiennes.

États-Unis	Canada
Anglais langue officielle	Dualité linguistique français/anglais
Masse critique population + 280M	Pas de masse critique + 32M
Processus d'assimilation	Principe d'accommodement
Tous n'ont pas accès aux soins	Accès universel aux soins
Enjeu des disparités en santé est politique	Enjeu des disparités n'est pas sur le radar
Existence d'une structure nationale pour lutter contre les disparités en santé et améliorer la santé des minorités	Aucune structure nationale visant les disparités en santé
CLAS normes nationales et cadre commun	Aucune norme nationale
Les organismes d'agrément s'inspirent des normes CLAS pour développer leurs propres normes de compétences culturelles et d'accessibilité linguistique	Agrément Canada n'a pas de normes spécifiques d'accessibilité linguistique
Le fédéral a utilisé son levier de financement des plans Medicare et Medicaid pour faire avancer le dossier	La santé est une juridiction provinciale

[27] Bétancourt, Joseph R., Green, Alexander et al. Defining Cultural Competence : A practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. Public Health Report, Juy-Alugust 2003, volume 118.

[28] Spiegel, J, Cobb, A., Developing the Business Case for culturally and linguistically appropriate services in health care, American Public Health Association, November 2007

Au Canada, les grands enjeux de la santé des populations sont souvent analysés à travers le prisme des revenus des familles et des individus et non à travers le prisme des disparités en santé entre races et ethnies. Ce sont des différences majeures qui s'appuient sur les valeurs sociétales canadiennes.

Nous présentons quelques uns des enjeux et thématiques à considérer et à analyser dans le cadre d'une réflexion sur les normes :

- Les normes : Le contexte canadien d'universalité des soins contribue à une perception d'équité au niveau de l'accessibilité aux soins de santé pour les communautés minoritaires
  - Quelle est la perception du besoin et la compréhension des enjeux?
  - Est-ce que l'enjeu des barrières linguistiques en santé est connu? Est-il compris?
  - Quel est l'argumentaire le plus prometteur dans le contexte canadien : équité en santé? Gestion de risques? Qualité des services? Enjeu de santé publique?
  - Quel organisme pourrait être porteur et champion?
- Accessibilité linguistique et/ou adaptation culturelle
  - Étant donné le niveau de bilinguisme des communautés minoritaires de langue officielle, quelles seraient l'utilité, la pertinence et l'acceptabilité d'interprètes en santé?
  - Comment arrimer les enjeux de santé de communautés de langues officielles en situation minoritaire et ceux des nouveaux arrivants? Quelle portée souhaite-t-on donner à l'adaptation culturelle?
  - Les enjeux sont-ils différents dans les milieux urbains versus les milieux ruraux?
- La disponibilité de données
  - Comment obtenir l'information nécessaire devant la réticence à demander des informations sur la race et l'ethnicité, voir même sur la langue de préférence?
  - Comment monter un dossier de coûts/bénéfices en l'absence de données?

Les discussions à entreprendre sont importantes, car elles permettront de faire émerger des consensus, des actions à entreprendre ainsi que des stratégies qui seront nécessaires pour l'élaboration possible de normes en matière de compétences linguistiques et culturelles pour les établissements et les professionnels de la santé.

6 Conclusion

Les normes américaines pour des services de santé culturellement et linguistiquement adaptés ont permis non seulement de faire connaître la problématique des disparités en santé pour les communautés minoritaires d'origines raciales et ethniques aux États-Unis, mais surtout d'engager l'ensemble des acteurs du système de santé (public et privé) à agir dans ce domaine.

L'étude nous a permis de constater l'ampleur que ce dossier a pris au cours des dix dernières années, suite à la mise en place de normes pour des services culturellement et linguistiquement adaptés – normes CLAS – et de découvrir les principaux acteurs de cet environnement sur les normes et de mieux comprendre leurs rôles respectifs et les interrelations entre chacun d'eux. L'étude a aussi permis de dresser quelques parallèles avec le contexte canadien et de mettre en évidence quelques institutions et programmes canadiens qui pourraient être mis à contribution lors d'une réflexion sur le développement de telles normes au Canada. Cette description de l'environnement canadien n'est pas exhaustive et devra être complétée afin de dresser un portrait plus complet.

L'étude souligne la nécessité d'une réflexion plus approfondie sur le développement de normes en matière de compétences culturelles et linguistiques en santé dans un contexte canadien et sur les orientations stratégiques futures.

Bibliographie

- Agency for Healthcare Research and Quality. (February 2010). *National Health Care Disparities Report.* Site consulté *http://www.ahrq.gov/qual/nhdr10/nhdr10.pdf*
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (août 2007). *Projet soins infirmiers en français*. [Rapport de synthèse]. Site consulté *cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/.../Projet_Soins_Infirmiers_Francais_f.pdf*
- Au, M., Taylor E.F. & Gold, M. (April 2009). *Improving Access to Language Services in Health Care: A Look at National and State Efforts.* Mathematical Policy Research Inc.
- Aucoin, Léonard. (mars 2008). *Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé, analyse critique de la littérature*. Société Santé en français.
- Beaumont, M. (Directeur, Développement des marchés nationaux et internationaux, Conseil canadien d'agrément des services de santé). (6 avril 2005). Présentation à l'École Nationale de la Santé Publique.
- Bétancourt, Joseph R., Green, Alexander et al. *Defining Cultural Competence : A practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care.* Public Health Report, July-August 2003, volume 118.
- Bowen, Sarah. (2000). *Introduction to Cultural Competence in Pediatric Health Care*. Santé Canada.
- Bowen, Sarah. (novembre 2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé.* Santé Canada.
- Bowen, Sarah. (juillet 2005). *Development of a Coordinated Response to Addressing Language Barriers within the Winnipeg Regional Health Authority – Final Report.* WRHA Language Barriers Project.
- Bowen Sarah. (2008). *Beyond self assessment: assessing organizational cultural responsiveness.* Journal of Cultural Diversity; 15 (1): 7-15.
- Bowen, S. Gibbons, M., Edwards J. (July 2010). *From 'multicultural health' to 'knowledge translation' – rethinking strategies to promote language access within a risk management framework.* The Journal of Specialised Translation. Issue 14.
- Bureau d'appui aux communautés de langue officielle - Comparaisons internationales (2007) : *Un aperçu de l'accès aux soins de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire au Canada, en Espagne, en Belgique et en Finlande*. Rapport de recherche préparé par BACLO.
- Chen, A.H., Youdelman, M.K. & Brooks, J. (2007). *The Legal Framework for Language Access in Healthcare Settings: Title VI and Beyond;* J Gen Intern Med. 22 Supp 12: 362-367. Site consulté *www.sgim.org/userfiles/file/Question%2019.pdf*
- Department of Health and Human Services. *Call for comments on the Existing National Standards for the Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care.* Federal Register/Vol. 75, No 184.
- Deveau, K; Landry, R.; Allard, R (septembre 2009). *Utilisation des services gouvernementaux de langue française. Une étude auprès des Acadiens et des francophones de la Nouvelle-Écosse sur les facteurs associés à l'utilisation des services gouvernementaux en français.* [Rapport de recherche]. Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques.
- Gouvernement du Manitoba. (décembre 2005). *Lois sur les Régies de Services à l'Enfant et à la Famille. Règlement sur les services en français*. Site consulté *http://web2.gov.mb.ca/laws/regs/pdf/c090-199.05.pdf*
- Heinz, C. , Obenson, B., Morrow S., *A Multifaceted Approach to Understanding the Issue of Access to Linguistically Appropriate Services in a Diverse Community.*
- Henry J, Kaiser Family Foundation, (2003) *Compendium of Cultural Competence initiatives in Health Care.*

- Massachusetts Department of Public Health – Office of Health Equity. (June 2009). *Making CLAS Happen: Six Areas for Action.* [Guide to providing culturally and linguistically appropriate services in a variety of public health settings]. Site consulté *www.bchumanservices.net/clearinghouse/healthy-communities/culturally-and-linguistically-appropriate-services-mdph-clas-manual/*

- National Committee for Quality Assurance. *Scan on CLAS and Disparities Reduction Activities*. Site consulté *www.ncqa.org/Portals/0/CLAS%20Posters/National%20Scan%20of%20CLAS%20and%20Disparities%20Reduction%20Activities-to%20post.pdf*

- Olavarria, M.; Beaulac, J.; Bélanger, A.; Aubry, T. (février 2010). *Organizational Cultural competence in community health and social services organizations: How to conduct a self- assessment.*

- Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario. *La désignation des services de santé en français : Mise en contexte dans le cadre du Plan de distribution des services cliniques des comtés de l'Est de l'Ontario.*

- Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard. (mars 20007). *Les Répercussions des problèmes de communication sur la Prestation de soins de santé de qualité aux communautés et patients de langue minoritaire. Exposé de position.*

- Secrétariat aux affaires francophones (mars 1999). *Politique sur les services en langue française.* Gouvernement du Manitoba. Extrait de La politique sur les services en langue française du Gouvernement du Manitoba (PDF, 1,2 Mo)

- Shin, H B., Kominski, R. A. (2007). *Language Use in the United States.* American Community Survey Reports, ACS-12. U.S. Census Bureau, Washington, DC.

- Spiegel, J, Cobb, A., *Developing the Business Case for culturally and linguistically appropriate services in health care,* American Public Health Association, November 2007

- Wilson-Stronks A., & Galvez E. (2007). *Hospitals, Culture, and Language: A Snapshot of the Nation.* Exploring Cultural and Linguistic Services in the Nation's Hospitals: A Report of Findings. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission. Site consulté *www.jointcommission.org*

- Wilson-Stronks A., Lee KK, Cordero CL, Kopp AL, Galvez E. (2008). *One size does not fit all: Meeting the health care needs of diverse populations.* Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission. Site consulté *www.jointcommission.org*

- Wu, E.; Martinez, M. (California Pan-Ethnic Health Network). (2006). *Taking Cultural competency from theory to action, The Commonwealth Fund.* Site consulté *www.commonwealthfund.org/Search.aspx?*

Annexe A — Outils

Il existe de nombreux outils intéressants qui viennent appuyer les efforts individuels et organisationnels en matière de compétences culturelles et linguistiques. Sans être exhaustif, nous présentons ci-dessous à titre indicatif quelques outils accessibles sur l'internet.

Health Care Language Services Implementation Guide
hclsig.thinkculturalhealth.hhs.gov

Cultural and Linguistic Competence Policy Assessment (CLCPA) and Guide
www.clcpa.info

minorityhealth.hhs.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlID=107

A Patient-Centered Guide to Implementing Language Access Services in Healthcare Organizations
minorityhealth.hhs.gov/Assets/pdf/Checked/HC-LSIG.pdf

A Physician's Practical Guide to Culturally Competent Care
cccm.thinkculturalhealth.hhs.gov

New Mexico Department of Health: Culturally and Linguistically Appropriate Services Toolkit [PDF | 282.6KB]
nmdohcc.org/files/DR-CLAS instrument final 8-18-09.pdf

Guidelines for Accessing Interpreter Services
www.mass.gov/?pageID=eohhs2terminal&L=6&L0=Home&L1=Provider&L2=Guidelines+and+Resources&L3=Guidelines+for+Services+%26+Planning&L4=Health+Systems+%26+Workforce+Development&L5=Health+Equity&sid=Eeohhs2

Culturally Competent Nursing Care: A Cornerstone of Caring
ccnm.thinkculturalhealth.hhs.gov

Cultural Competency Curriculum for Disaster Preparedness and Crisis Response
cccdpcr.thinkculturalhealth.hhs.gov

Speaking Together Toolkit
www.rwjf.org/qualityequality/product.jsp?id=29653&orig_url

Symbol Usage in Health Care Settings for People with Limited English Proficiency
www.hablamosjuntos.org/signage

Compétence et sécurité culturelles : Guide à l'usage des administrateurs, fournisseurs et éducateurs en santé
www.naho.ca/documents/naho/publications/culturalCompetency.pdf

Multicultural Health Care: A Quality Improvement Guide

Annexe B — Principaux sites Internet

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
www.santemontreal.qc.ca

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
www.ahrq.gov

Agrément Canada
www.accreditation.ca

Association canadienne de santé publique (ACSP)
www.cpha.ca

Association des infirmiers et infirmières du Canada
www.cna-nurses.ca

Association médicale canadienne
www.cma.ca

California Endowment Fun
www.calendow.org

Centre interdisciplinaire de recherche sur
la citoyenneté et les minorités (CIRCEM)
www.sciencessociales.uottawa.ca/circem

Congrès national des États-Unis
www.ncsl.org/IssuesResearch/Health/HealthDisparities2009Overview/tabid/14494/Default.aspx

Fondation canadienne de la recherche sur
les services de santé (FCRSS)
www.fcrss.ca

Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick
www.nbhrf.com/fr/accueil

Fondation J.W. McConnell
www.mcconnellfoundation.ca/fr

Fondation Lucie et André Chagnon
www.fondationchagnon.org

Fondation Trillium de l'Ontario (FTO)
www.trilliumfoundation.org

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)
www.cihi.ca

Institut de médecine (IOM)
iom.edu

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
cihr-irsc.gc.ca

Lowell Community Health Center de Lowell (LCHC)
www.lchealth.org

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
www.msss.gouv.qc.ca

Organisation nationale de la santé autochtone
www.naho.ca

Projet Speaking Together
www.speakingtogether.org

Robert Wood Johnson Foundation (RWJF)
www.rwjf.org

The Edward M. Kennedy Community Health Center
de Worcester, Massachusetts
www.edwardmkennedychc.org

The Harvard Pilgrim Health Foundation
www.harvardpilgrim.org

The Joint Commission
www.jointcommission.org/Advancing_Effective_Communication

The National Institute on Minority Health and Health
Disparities (NIMHD)
www.nimhd.nih.gov

Think Cultural Health
www.thinkculturalhealth.hhs.gov

Université de l'Alberta - École de santé publique
www.publichealth.ualberta.ca

Université du Manitoba : Manitoba Center on Health Policy
umanitoba.ca/faculties/medicine/units/community_health_sciences/departmental_units/mchp

Institut canadien de recherche sur les minorités
linguistiques (ICRML)
www.icrml.ca

Annexe C — Organisations et personnes consultées dans le cadre de l'étude

Executive Office of Health and Human Services (EOHHS)
Office of Acute Ambulatory Care

Iris Garcia-Caban, PhD, Quality Improvement Analyst,
Medicaid Acute Hospital Program
Iris.garcia@state.ma.us

Harvard Pilgrim Health Care Foundation

Shani A. Dowd, L.C.S.W, Director Institute
for Linguistic and Cultural Skills
Shani_Dowd@harvardpilgrim.org

Edward M. Kennedy Community Health Center

Sue W.Schlotterbeck, MS, RD, Director,
Cultural and Language Services
Sue_schlotterbeck@greatbrook.org

Lowell Community Health Center
Sheila Och, Director Health Promotion
sheilaoc@lchealth.org
Sonith Peou, Director of Metta Health Center
SonithPE@lchealth.org

Office of Minority Health, Office of the Assistant Secretary
U.S. Department of Health and Human Services
Guadalupe Pacheco, Senior Health Advisor to the Director
Guadalupe.pacheco@hhs.gov

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise
Ronald S. McNeil, Directeur par intérim et Secrétaire
du comité provincial
Ronald.McNeil@msss.gouv.qc.ca

École de santé publique, Université d'Alberta
Sarah Bowen, Professeure associée
sbowen@ualberta.ca

Agrément Canada
Danielle Doerschner, Directrice, Services à la clientèle nationale
Danielle.Dorschner@accreditation.ca

Annexe D — Grille d'analyse

Volet normatif

- Normes de base? Lesquelles?
  - CLAS
  - Autres
- Reliées à un programme ou plan d'amélioration de la qualité ?
- Reliées à la sécurité des soins et services (à un programme de gestion des risques et des objectifs nationaux?)
- Reconnues par organisme d'accréditation ou de désignation
- Exigences législatives

Volet stratégique

- D'où vient la décision? (qui, quoi)
- Facteurs décisifs
- Considérations législatives
- Plan stratégique etstratégie de mise en œuvre?
- Engagement du conseil, de la direction, des médecins et autres
- Outils de mise en oeuvre?
- Les partenaires
  - publics
  - privés
  - universitaires

Client et communauté

Profil culturel et linguistique

Volet organisation

- Mission, valeurs, politiques, procédures, etc.
- Profil clientèle
- Dimension clinique et adaptation des services (conditions favorables à l'offre)
- Dimension ressources humaines (politiques, sensibilisation, formation, syndicat, etc.) (intervenants, professionnels, gestionnaires, etc.)
- Infrastructure d'appui (traduction, interprétation, documents, signalisation, site web etc.)
- Engagement communautaire, responsabilisation et implication des clients ou groupes communautaires

Volet évaluatif

- Évaluation de mise en oeuvre?
- Évaluation d'impact ou de résultats?
- Disponibilité de données?
- Indicateurs de santé, d'accès ou autres?
- Résultats documentés, publiés?
- Outils évaluatifs

Société
Santé et Mieux-être en français
du Nouveau-Brunswick

Société Santé en français

La production de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada.
Les opinions exprimées dans ce document ne sont pas nécessairement celles de Santé Canada.

Santé Canada Health Canada

Canada

mistral communication