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

ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ LINGUISTIQUEMENT ET CULTURELLEMENT ADAPTÉS :

portrait pancanadien



Par Suzanne Tremblay
En collaboration avec Ghislaine Prata

Avril 2012

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 Étude sur les services de santé linguistiquement et culturellement adaptés : portrait pancanadien.

Un remerciement tout à fait spécial est adressé aux personnes qui ont accepté de nous accorder des entrevues ou qui nous ont fourni des données. Les informations recueillies auprès de ces interlocuteurs constituent une partie importante de cette étude et nous ont permis de mieux comprendre les réalités provinciales et de valider certains éléments de notre recherche.

Nous souhaitons manifester notre appréciation aux membres du Comité de pilotage : Annie Bédard, Jacinthe Desaulniers, Monique Langis, Caroline Vézina et Gilles Vienneau qui ont contribué par leur expertise et leurs conseils à la réalisation de cette étude.

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

Table des matières

Remerciements

Sommaire exécutif . . . 3

Introduction . . . 9

1. Contexte général : Normes et qualité en santé . . . 11
   - 1.1 Santé en français au Canada . . . 11
   - 1.2 L'approche normative . . . 11
   - 1.3 La qualité dans le système de santé canadien . . . 12
   - 1.4 Impact des barrières linguistiques et culturelles en santé . . . 13
   - 1.5 Langue, culture et santé – Domaines de recherche en développement au Canada . . . 13
2. Les organismes normatifs canadiens . . . 15
   - 2.1 Agrément Canada . . . 15
   - 2.2 Institut canadien pour la sécurité des patients . . . 16
3. Environnement politique et système de santé canadien . . . 17
   - 3.1 Dualité et droits linguistiques . . . 17
   - 3.2 Cadres législatifs et services en français dans les provinces et territoires . . . 17
   - 3.3 La santé compétence provinciale . . . 19
   - 3.4 Accord Fédéral/Provincial/Territorial sur la santé . . . 19
   - 3.5 Conférence ministérielle sur la francophonie canadienne . . . 20
4 Facteurs d'influence sur le système de santé . . . 21
   - 4.1 Comparaison – Système de santé canadien et autres pays . . . 21
   - 4.2 Impact de la diversité culturelle sur le système de santé . . . 22
5 Cadre conceptuel pour des services linguistiquement et culturellement adaptés en santé . . . 24
   - 5.1 Approche centrée sur le patient . . . 24
   - 5.2 Modèle conceptuel . . . 24
6. Dimension systémique : Définition, approches et pratiques . . . 25
   - 6.1 Définition . . . 25
   - 6.2 Approches et pratiques . . . 25
7. Dimension systémique : Définition, approches et pratiques . . . 32
   - 7.1 Définition . . . 32
   - 7.2 Approches et pratiques . . . 32
8. Dimension professionnelle : Définition, approches et pratiques . . . 39
   - 8.1 Définition . . . 39
   - 8.2 Approches et pratiques . . . 39
9. Constats et pistes d'orientation . . . 43
   - 9.1 Constats généraux . . . 44
   - 9.2 Démarches pour promouvoir l'accessibilité linguistique en santé . . . 45
   - 9.3 Compétences linguistiques – Le rôle des normes . . . 46
10. Conclusion . . . 47

Bibliographie . . . 48

Annexes . . . 51

Sommaire exécutif

Le système de santé canadien se démarque par une préoccupation constante d'assurer la qualité et la sécurité des soins et services. C'est dans un contexte de qualité et de sécurité que cette étude situe la question d'accessibilité linguistique à des services de santé en français pour les communautés francophones et Acadienne vivant en milieu minoritaire au Canada.

Cette étude dresse un portrait global des systèmes de santé canadiens afin de mieux comprendre dans quel contexte se situe le développement des services de santé en français en milieu linguistique minoritaire. L'étude présente également les approches et pratiques qui pourraient enrichir la réflexion sur la pertinence d'adoption de normes d'accessibilité linguistique et culturelle en santé.

L'appellation «compétences culturelles et linguistiques» 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

Approche normative

L'expérience américaine démontre que les normes sont pertinentes dans le domaine de la santé. 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. Les normes prennent alors diverses formes : lois, codes, protocoles, règlements, standards, lignes directrices ou conventions.

Les normes américaines pour des services de santé culturellement et linguistiquement appropriés (normes CLAS) ont suscité l'intérêt de la Société Santé en français et de ses Réseaux et ont fait l'objet d'une étude antérieure [1]. La présente étude souhaite poursuivre la réflexion dans le but d'évaluer la pertinence d'une approche normative dans le contexte des systèmes de santé au Canada.

Le but ultime des normes CLAS aux États-Unis 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. 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.

L'approche qualité dans le système de santé canadien

Le système d'assurance-santé canadien (aussi appelé «assurance-maladie») a pour but de veiller à ce que tous les Canadiens aient un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux nécessaires, sans avoir à débourser directement pour ces services. Les Canadiens veulent un système de soins de santé viable donnant accès, au moment opportun, à des services de qualité. Il en va de même des communautés francophones et Acadienne vivant en milieu minoritaire.

Principes de base du système de santé canadien

1. L'universalité
2. L'accessibilité
3. La transférabilité
4. L'intégralité
5. La gestion publique

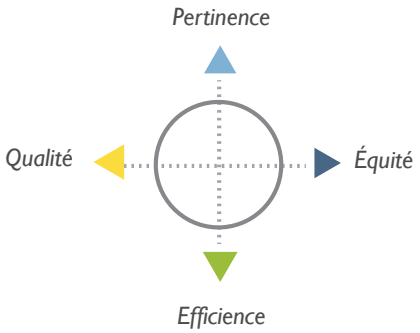
Dès sa création, le mouvement de la Santé en français a adopté l'approche globale de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui définit l'amélioration de l'état de santé personnel comme la raison d'être d'un système de santé.

Selon l'OMS, cette approche met en interrelation quatre dimensions importantes du système de santé représentées par la boussole de la santé. Dans un système fondé sur une approche centrée sur le client, le concept de la qualité est influencé par les attentes des clients «*qui évoluent avec leur capacité à comprendre l'impact des*

[1] *Les normes de compétences culturelles et linguistiques en santé : étude exploratoire sur les normes américaines,* Tremblay S., Prata G., Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick, 2011.

déterminants de la bonne et de la mauvaise santé et de juger de ce qui peut leur convenir le mieux selon les circonstances». [2]

LA BOUSSOLE DE LA SANTÉ



Les organismes normatifs canadiens

Au Canada, deux organismes se démarquent en matière de développement de normes visant l'appréciation de la qualité et de la sécurité des services dans les établissements, programmes et auprès des professionnels de la santé. Il s'agit de :

- Agrément Canada;
- l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Reconnaissant l'importance de la communication dans la relation patient/professionnel, ces deux organismes normatifs ont adopté des normes à ce sujet, sans toutefois rendre explicites les mesures de réduction des barrières linguistiques et l'impact de celles-ci sur le consentement éclairé.

Environnement politique

La dualité linguistique touche au cœur de la nation canadienne. Le Canada a deux langues officielles, une politique linguistique fédérale et des politiques linguistiques dans chacune des dix provinces et des trois territoires. La Charte canadienne des droits et libertés de 1982, loi constitutionnelle, établit l'anglais et le français comme les langues officielles du Canada.

Le gouvernement fédéral, lorsqu'il a transféré des pouvoirs aux provinces et territoires dans plusieurs domaines, dont la santé, n'a pas prévu de garanties linguistiques relatives à ce transfert et il a associé la prestation de services dans la langue des communautés minoritaires aux lois, politiques et normes provinciales. Dans ce contexte, les francophones ne jouissent pas des mêmes droits et n'ont pas accès aux mêmes services dans toutes les provinces et territoires. Les niveaux de protection de la langue minoritaire vont ordinairement de pair avec les niveaux de services offerts.

La santé compétence provinciale

Le Canada possède un système national d'assurance-santé regroupant treize régimes provinciaux et territoriaux distincts, mais partageant certaines caractéristiques et normes de protection de base communes. Les principes régissant le système de santé canadien sont définis par la Loi canadienne sur la santé et reflètent les valeurs canadiennes à cet égard. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaborent sur plusieurs politiques et programmes ayant trait à la santé.

Parmi les mécanismes de collaboration, il y a l'Accord fédéral-provincial sur la santé qui établit depuis 1990 les bases du financement fédéral, les normes nationales et les objectifs de la politique nationale en santé. La Conférence ministérielle sur la francophonie canadienne est un organisme intergouvernemental de collaboration qui peut agir en soutien aux priorités des communautés francophones en santé et dans d'autres domaines d'intérêt pour celles-ci.

Le système de santé

Les systèmes de santé sont des structures extrêmement complexes traduisant l'organisation et les valeurs des sociétés dans lesquelles ils se sont développés. Le système de santé canadien est en évolution, passant d'une approche curative à une approche plus centrée sur le patient et les soins de santé primaires.

Dans une étude comparative des structures et caractéristiques des différents systèmes de santé, Snowden et Cohen (2011), décrivent le système de santé canadien comme un modèle de type État-propriétaire ou opérateur[3] caractérisé par un système universel de santé, c'est-à-dire le droit d'accès à des services de santé pour tout citoyen sans égard à sa situation financière ainsi qu'une décentralisation donnant aux provinces la responsabilité pour l'organisation et la livraison des services de santé.

[2] *Vers l'Unité pour la santé,* Organisation mondiale de la santé, Genève, 2002.
[3] *Snowden, A. et Cohen, J. Strengthening Health Systems Through Innovation: Lessons Learned.* International Centre for Health Innovation, 2011.

L'absence de stratégies consolidées sur le plan national pour l'organisation et la livraison des services de santé, le peu de pouvoir dévolu au consommateur au Canada dans le choix de ses services de santé ainsi que la quasi-absence de compétition entre les fournisseurs de services de santé sont parmi les éléments qui influencent toutes les dimensions du système de santé canadien. Snowden et Cohen (2011) soulignent que le système de santé au Canada a tendance à promouvoir une déresponsabilisation des consommateurs qui ont peu de pouvoir décisionnel au niveau du choix des dispensateurs et des services de santé.

Un défi de taille pour la pérennité du système de santé au Canada est d'évoluer vers des modèles novateurs de gestion des maladies chroniques, des modèles qui renforcent le sentiment d'autodétermination et de responsabilisation des communautés, notamment sur le plan des saines habitudes de vie et du bien-être de leurs citoyens. Plusieurs des initiatives mises en place par les Réseaux Santé en français et les communautés francophones et Acadienne pour favoriser l'accessibilité linguistique vont dans le sens de la prise en charge de la santé par les membres de ces communautés.

La dénatalité et le vieillissement de la population sont aussi des facteurs qui menacent la vitalité et l'essor économique du Canada. La décroissance de la population est compensée en partie par l'immigration qui s'est accélérée au cours des dix dernières années. Le système de santé est touché par cette transformation de la société canadienne à deux niveaux :

- Des usagers du système de santé qui proviennent de cultures différentes et qui présentent des problèmes de santé pouvant être très complexes;
- Une main-d'œuvre culturellement diversifiée et souvent formée à l'extérieur du pays, donc dans des systèmes d'éducation très différents.

Cadre conceptuel

Notre étude propose un cadre conceptuel qui permet de mettre en relation les différents niveaux d'influence sur le système de santé afin de mieux situer les pratiques favorisant des services linguistiquement et culturellement adaptés.

> Toute intervention, de la plus simple à la plus complexe, a un effet sur le système dans son ensemble, lequel a un effet sur chacune des interventions mises en œuvre.[4]

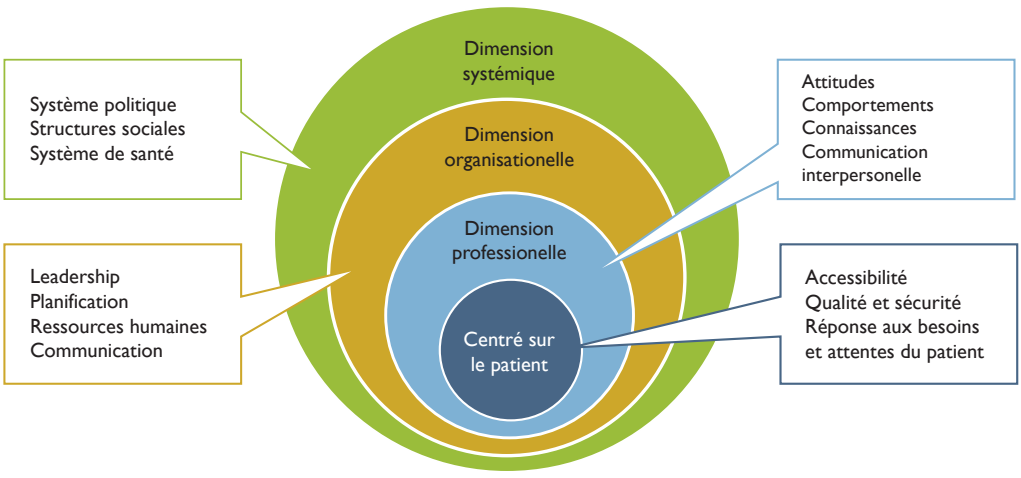
La représentation graphique du cadre conceptuel, centré sur le patient, reconnaît l'importance d'agir sur chaque dimension du système de santé pour y apporter les changements nécessaires à la réalisation de l'accessibilité linguistique et de la compétence culturelle en santé pour les communautés francophones vivant en situation minoritaire.

Approches observées et constats selon les dimensions du cadre conceptuel

Pour chacune des approches ou pratiques identifiées dans ce rapport, des exemples concrets sont présentés en lien avec les provinces d'où elles sont issues. Des constats généraux permettent de faire les liens entre l'accessibilité linguistique aux services et les différentes mesures mises en place.

- Au Canada, la dualité linguistique relève d'histoire, de droits et de lois. Chaque province ou territoire a adopté une approche qui lui est propre;
- En santé, le pouvoir est décentralisé aux provinces et aucune mesure constitutionnelle n'a été prévue pour permettre de garantir les droits des minorités linguistiques de langues officielles;
- Il y a un lien direct entre l'existence d'un cadre législatif provincial sur les services en français et le développement d'approches d'accessibilité aux services.

CADRE CONCEPTUEL



[4] *Campbell S. Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé.* Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, OMS 2009.

Dimension systémique

- Les approches identifiées visent principalement l'accessibilité linguistique avec peu de mesures d'adaptation culturelle. Les compétences culturelles sont habituellement abordées en lien avec les nouveaux arrivants et les communautés autochtones.
- Un cadre législatif ou réglementaire sur les services en français est nécessaire afin d'assurer la pérennité d'une offre de services significative et intégrée dans chaque province.
- Il existe une variété d'approches systémiques provinciales pour favoriser l'accès aux services de santé en français. Aucune approche ne fonctionne seule. L'association de plus d'une approche contribue à une offre plus significative de services de santé en français.

Les approches

I. L'offre active
II. La désignation
III. Les programmes ou plans d'accès aux services
IV. Les mécanismes et postes de coordination provinciale
V. Les entités de planification
VI. Les services provinciaux ou régionaux d'accès linguistique (interprétation)
VII. Les Réseaux Santé en français

Dimension organisationnelle

- Les établissements francophones ou bilingues en soins de santé primaires facilitent la prise en charge des clientèles francophones et contribuent à l'intégration des services en français dans les systèmes de santé.
- Les défis d'accessibilité linguistique pour les minorités s'accentuent au niveau des soins secondaires, tertiaires et spécialisés. L'accessibilité aux services en français dépend en grande mesure de la disponibilité de personnel professionnel pouvant s'exprimer en français.
- Les services d'accès linguistiques et d'interprétariat existent, mais semblent très peu utilisés par les communautés francophones dans certaines régions, ce qui pourrait indiquer qu'ils ne répondent pas à leurs besoins spécifiques.
- La faible capacité des systèmes de santé à s'adapter aux besoins culturels et linguistiques risque de s'accentuer avec les changements démographiques au Canada et de générer la création de structures parallèles et peu intégrées au système de la santé.

Les approches

I. Hôpitaux universitaires francophones
II. Centres de santé communautaires francophones
III. Établissements et organismes, désignés ou bilingues
IV. Établissements issus d'initiatives de communautés culturelles
V. Modalités d'adaptation linguistique de l'offre de services

Dimension professionnelle

- Il ne semble pas exister de normes explicites encadrant la communication entre les minorités linguistiques et les professionnels de la santé.
- Les meilleurs services sont ceux dispensés par des employés francophones ou bilingues. Des efforts de formation linguistique sont nécessaires pour les professionnels ayant déjà une capacité linguistique en français. Par contre, la formation seule ne pourra combler la demande dans le contexte canadien.
- La sensibilisation à la diversité culturelle suscite de plus en plus d'intérêt au sein des gouvernements, des établissements de santé et des organismes représentant les professionnels.
- L'absence de collecte de données systématique sur les capacités linguistiques des intervenants et des professionnels de la santé demeure un problème important pour la planification et l'organisation de services linguistiquement adaptés.

Les approches

I. Promotion et sensibilisation à des pratiques culturellement et linguistiquement adaptées
II. Formation linguistique et soutien aux compétences linguistiques
III. Soutien direct à l'acte professionnel
IV. Identification des professionnels pouvant offrir des services en français

L'offre active est une pratique importante qui touche les trois dimensions du système de santé et qui est fondée sur des considérations à la fois linguistiques et culturelles



Démarches pour promouvoir l'accessibilité linguistique en santé

De façon générale, l'accès à une offre significative de services de santé en français en milieu minoritaire, tel qu'observé dans l'étude, s'insère dans une approche hiérarchique où chaque étape sert de fondement à la suivante.



Rôle des Réseaux Santé en français

L'étude a permis de constater l'importance du rôle que les communautés peuvent assumer dans le domaine de la santé. Nous observons un lien entre la croissance des services en français dans les provinces et l'action des Réseaux et des communautés sur le terrain. Même dans les provinces où l'offre demeure faible, les initiatives et projets mis de l'avant par les Réseaux Santé en français sont le reflet de la volonté de la communauté d'agir pour améliorer son accès aux services de santé. Toutefois, les résultats demeurent difficiles à quantifier en l'absence de données associées à l'accessibilité linguistique.

Le rôle des normes en santé

L'approche normative constitue un levier puissant pour situer le discours d'accessibilité linguistique et culturelle dans un contexte reflétant les valeurs centrales aux organisations et aux professionnels de la santé, soit la qualité, l'efficience et la sécurité des services.

Les normes américaines CLAS

Les normes américaines pour des services culturellement et linguistiquement appropriés ont permis la mise en place de modalités d'accessibilité linguistique dans les établissements de santé aux États-Unis. Ces normes définissent aussi la notion de compétences culturelle et organisationnelle. Les normes CLAS regroupent, dans un même cadre, trois thématiques essentielles à l'amélioration des services aux populations minoritaires et à la réduction des disparités en santé, soit :

- Les soins culturellement compétents;
- Les modalités d'accessibilité linguistique;
- Les éléments clés d'un soutien organisationnel à la compétence culturelle.

On retrouve certains éléments des normes CLAS dans plusieurs des approches au niveau systémique décrites dans ce rapport. Les critères de l'offre active au Manitoba correspondent tout particulièrement aux normes CLAS d'accessibilité linguistique.

Les normes et les organismes d'agrément

Les normes CLAS ont servi de levier d'influence auprès des organismes nationaux américains d'agrément en santé. Ces derniers ont graduellement adopté les principes sous-jacents aux normes CLAS et adapté leurs propres normes pour prendre en compte les enjeux de communication et de compétences culturelles et linguistiques en santé.

En s'inspirant des normes CLAS, des critères de l'offre active et de désignation, des discussions pourraient être entreprises auprès d'Agrément Canada, de l'Institut pour la sécurité des patients et d'autres interlocuteurs représentant les professionnels de la santé pour faire en sorte que les normes existantes soient plus explicites en ce qui concerne la compétence linguistique et la réduction des barrières linguistiques en santé. Un tel travail a déjà été amorcé en 2007 par le Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard et constitue toujours en 2012 une piste d'action prometteuse.



Conclusion

Afin d'assurer la qualité et la sécurité des services de santé, les gouvernements, les gestionnaires et les professionnels doivent nécessairement tenir compte des barrières linguistiques qui représentent non seulement un obstacle sur le plan de l'accessibilité, mais également des opportunités pour la réalisation de gains d'efficience et d'efficacité dans la livraison des services de santé.

Différentes approches ont été développées et mises en œuvre dans les provinces et territoires afin d'assurer une offre de service linguistiquement adaptée. En l'absence de telles modalités ou de lieux de services francophones, cette offre demeure faible.

Les Réseaux Santé en français jouent un rôle de premier plan dans l'identification de solutions adaptées à la réalité canadienne. Les communautés francophones et Acadienne du Canada ont démontré au cours des dix dernières années leur capacité à s'organiser, à créer des partenariats et à mettre en place des solutions novatrices pour participer activement à l'amélioration de leur santé.

Quant à l'approche normative, elle a fait ses preuves aux États-Unis et continue à faire progresser la compréhension de l'impact des barrières linguistiques et culturelles en santé. L'approche normative combinée à différentes modalités mises en place au Canada pour favoriser l'accessibilité linguistique pour les minorités de langues officielles pourrait s'avérer une voie d'avenir prometteuse.

Au Canada, les normes de compétences culturelles et linguistiques en santé représentent une approche novatrice. Leur intégration de façon explicite dans les normes nationales reconnues et dans les codes de déontologie des professionnels de la santé pourra avoir un impact positif sur la qualité et la sécurité des services de santé.

Introduction

Afin d'enrichir la réflexion sur la pertinence d'adopter des normes d'accessibilité linguistique et culturelle en santé, la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB) a retenu les services de la firme Sultrem Inc. pour réaliser une étude visant à dresser le portrait pancanadien en matière de services de santé linguistiquement et culturellement adaptés.

Cette deuxième étude poursuit la réflexion sur les normes de compétences linguistiques et culturelles en santé amorcée dans l'étude intitulée *Les normes de compétences culturelles et linguistiques en santé : étude exploratoire sur les normes américaines.*[5] Ce premier rapport a permis de mieux comprendre l'environnement américain dans lequel les normes se sont développées et de jeter un regard sur certaines institutions ou programmes canadiens qui pourraient être amenés à jouer un rôle dans la mise en œuvre de normes similaires au Canada.

À partir d'un cadre théorique et de la revue des approches et pratiques existantes au Canada, cette étude présentera des constats, des facteurs clés ainsi que des avenues qui permettront de poursuivre la discussion. L'objet de ce rapport n'est pas de prouver l'existence de barrières d'accessibilité linguistiques et culturelles, mais plutôt d'identifier et d'observer les pratiques en cours au Canada qui contribuent à réduire ces barrières.

Le système de santé au Canada se démarque par une préoccupation constante d'assurer la qualité et la sécurité des soins et services de santé. La présente étude situe la question d'accessibilité linguistique pour les communautés francophones et Acadienne du Canada dans un contexte de qualité et de sécurité des services.

Objectifs poursuivis par l'étude pancanadienne :

- Présenter une perspective globale du système de santé canadien afin de mieux comprendre dans quel contexte se situe le développement des services de santé en français en milieu minoritaire francophone et de quelle façon la notion d'adaptation linguistique et culturelle des services peut s'y insérer;
- Faire le point sur la situation à partir d'un cadre conceptuel (modèle intégrateur) de la notion de services de santé linguistiquement et culturellement adaptés;
- Présenter les avancées, les pratiques exemplaires et prometteuses au Canada;
- Faire part des observations et constats et alimenter la réflexion en matière de normes visant les services de santé linguistiquement et culturellement adaptés.

Approche méthodologique

Nous avons passé en revue la littérature portant sur les caractéristiques du système de santé au Canada, les plus récentes études concernant l'adaptation linguistique et culturelle en matière de santé au Canada et les pratiques exemplaires touchant principalement l'offre de services en santé en français au Canada. Une recension de sites gouvernementaux et de sites web pertinents, incluant les sites web des Réseaux de la Société Santé en français (SSF), nous a permis d'enrichir l'information recueillie.

Nous avons également recueilli des informations auprès de directions générales des Réseaux Santé en français SSF et réalisé des entrevues avec des personnes clés afin de mieux comprendre certaines réalités insuffisamment documentées.

Un cadre théorique a été proposé afin de tenir compte des facteurs ayant une influence sur le système de santé et sur l'offre de services en français. Finalement, un échange a eu lieu avec le comité de pilotage du dossier afin de valider le cadre de cette étude.

[5] *Les normes de compétences culturelles et linguistiques en santé : étude exploratoire sur les normes américaines,* Tremblay S., Prata G., Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick, 2011.

[6] Forgues, É., Bahi, B., Michaud, J. *L'offre de services de santé en français en contexte francophones, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques,* Novembre 2011.

Limites de la présente étude

La présente étude ne comportait pas de visites d'établissements de santé. Nous avons néanmoins pris connaissance du rapport Forgues (2011)[6] sur l'offre de services dans quatre établissements bilingues au Canada afin d'intégrer les éléments pertinents à notre revue.

Les contraintes de temps ne nous permettaient pas de prendre en considération l'ensemble des initiatives de santé en français réalisées ou en cours au Canada. Nous avons accordé une attention particulière aux pratiques qui avaient une portée significative en termes d'achèvement ou de population visée.

Nous avons également inclus certains exemples du Québec, tout en reconnaissant que le contexte québécois est complexe, car il comporte à la fois des mesures de protection linguistique de la majorité francophone ainsi que des mesures visant la protection de la minorité anglophone.

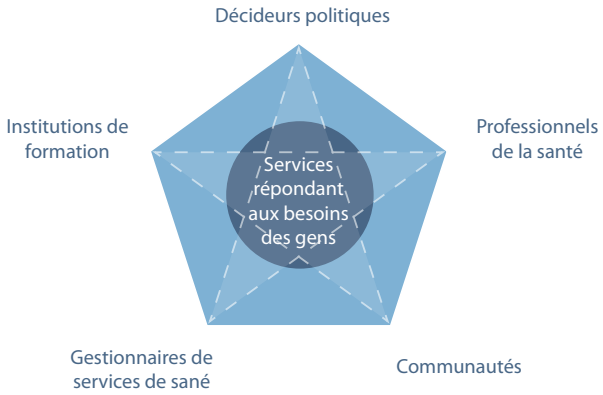
Les prochains chapitres traiteront de la Santé en français, des normes et organismes normatifs, de modèles d'excellence, des barrières linguistiques ainsi que du contexte global et de l'organisation du système de santé canadien. Suivront la présentation du cadre conceptuel et la description des approches et pratiques en cours pour favoriser les compétences linguistiques et culturelles en santé au Canada fois des mesures de protection linguistique de la majorité francophone ainsi que des mesures visant la protection de la minorité anglophone.

Les prochains chapitres traiteront de la Santé en français, des normes et organismes normatifs, de modèles d'excellence, des barrières linguistiques ainsi que du contexte global et de l'organisation du système de santé canadien. Suivront la présentation du cadre conceptuel et la description des approches et pratiques en cours pour favoriser les compétences linguistiques et culturelles en santé au Canada.

1 CONTEXTE GÉNÉRAL : NORMES ET QUALITÉ EN SANTÉ

1.1 Santé en français au Canada

Depuis 2002, la Société Santé en français et les 17 Réseaux Santé en français au Canada œuvrent à l'amélioration de l'accès aux services de santé en français pour les communautés francophones et Acadienne vivant en milieu minoritaire. En 2004, ils entreprenaient une démarche ambitieuse de planification – *Préparer le terrain* – afin d'élaborer, dans chaque province et territoire, à l'exception du Québec, des plans de services de santé en français. En 2012, les recommandations de cette initiative continuent à se mettre en œuvre dans les communautés. Ses résultats contribuent à enrichir les connaissances en matière de services de santé adaptés aux besoins des communautés francophones. L'action des Réseaux Santé en français dans leurs milieux respectifs s'appuie sur le modèle de partenariat de l'Organisation mondiale de la Santé[7] permettant l'engagement et la contribution active des principaux acteurs du domaine de la santé.



Au cours des dix dernières années, de nombreuses stratégies ont été mises de l'avant avec succès et plus de 250 initiatives d'amélioration des services en français ont été réalisées par les Réseaux Santé en français et leurs partenaires dans différents domaines de la santé incluant :

- Soins de santé primaires;
- Personnes ainées;
- Enfants et jeunes;
- Promotion de la santé;
- Accès aux soins et services;
- Santé mentale.

La Société et les Réseaux poursuivent aussi leur réflexion pour identifier et développer une approche globale et mobilisatrice qui permettrait une avancée significative en matière d'accès à des services de santé de qualité et sécuritaires, en français, partout au pays.

1.2 L'approche normative

Les normes pour des services de santé culturellement et linguistiquement adaptés ont suscité l'intérêt des Réseaux Santé en français, de la Société et de leurs partenaires depuis quelques années. Cette notion a fait l'objet d'une étude antérieure[8] et confirmé l'intention des Réseaux Santé en français à poursuivre leur réflexion afin d'évaluer la pertinence d'une approche normative dans le contexte des systèmes de santé provinciaux, territoriaux et fédéral.

L'expérience américaine démontre que les normes sont pertinentes dans le domaine de la santé. 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, ou normes techniques précises.

Pour les associations et ordres professionnels (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 aussi des énoncés généraux qui servent à guider, à soutenir et à promouvoir des services de qualité, sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique.

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.

[7] *Vers l'Unité pour la santé,* Organisation mondiale de la santé, Genève, 2002.
[8] *Les normes de compétences culturelles et linguistiques en santé : étude exploratoire sur les normes américaines,* Tremblay S., Prata G., Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick, 2011

Les normes américaines

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.

Les normes CLAS (annexe I) comportent quatorze directives, recommandations ou obligations qui servent à informer, à guider et à faciliter la mise en œuvre de services culturellement et linguistiquement appropriés 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-santé, tels que les programmes Medicare, à l'intention des gens âgés de 65 ans et plus, et Medicaid, pour les gens à faible revenu.

La présente étude s'intéressera au contexte du système de santé canadien afin de mieux comprendre les liens et relations entre les différentes composantes de ce système et portera un regard critique sur les approches et pratiques déjà en place au Canada pour offrir des services de santé culturellement et linguistiquement appropriés.

1.3 La qualité dans le système de santé canadien

Dans la réflexion sur l'adaptation linguistique et culturelle des services de santé, il nous semble important de mettre en évidence les principales valeurs du système de santé canadien.

Les Canadiens accordent une grande importance à leur santé et à leur système de santé. Le système d'assurance-santé canadien a pour but de veiller à ce que tous les résidents aient un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux nécessaires, sans avoir à débourser directement pour ces services.

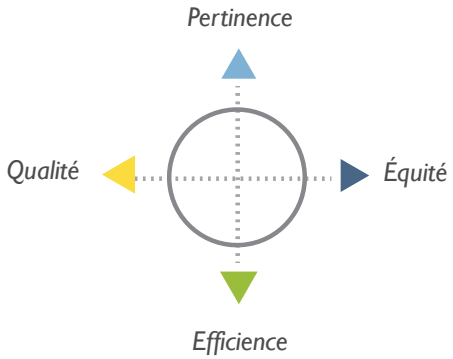
Principes de base du système de santé canadien

1. L'universalité
2. L'accessibilité
3. La transférabilité
4. L'intégralité
5. La gestion publique

Une des principales caractéristiques qui le distinguent des autres systèmes, dont celui des États-Unis, est l'universalité des soins. Les Canadiens veulent un système de soins de santé viable donnant accès, au moment opportun, à des services de qualité.

Dès sa création, le mouvement de la Santé en français a adopté l'approche globale de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé qui définit l'amélioration de l'état de santé personnel comme la raison d'être d'un système de santé. Cette approche met en interrelation quatre dimensions importantes du système de santé représentées ici par la boussole de la santé.

La boussole de la santé



- Qualité : aptitude à fournir des réponses satisfaisantes aux problèmes de santé d'une personne. On mesure la qualité par ses composantes de réactivité, d'efficacité et de sécurité.
- Équité : offrir les services à tous, sans distinction, et réduire les facteurs de discrimination (race, sexe, ethnie, conditions sociales, financières, etc.).
  - *Une autre définition :* habiliter chacun à protéger et à favoriser sa santé.
- Pertinence : répondre en priorité aux problèmes les plus importants.
- Efficience : faire le meilleur usage des ressources disponibles pour un service donné.

Le système de santé tente d'assurer un équilibre entre des services de qualité et des services pour tous ainsi qu'entre pertinence et efficience. Dans un système fondé sur une approche centrée sur le client, le concept de la qualité est influencé par les attentes des clients qui *« évoluent avec leur capacité de comprendre les déterminants de la bonne et de la mauvaise santé et de juger de ce qui peut leur convenir le mieux selon les circonstances ».* [9]

Les Réseaux Santé en français et les communautés ont un rôle important à jouer sur le plan de la diffusion de l'information sur la santé auprès de la population et de la promotion d'activités favorisant l'autodétermination et la responsabilisation des communautés pour l'acquisition de saines habitudes de vie. Les Réseaux Santé en français jouent d'ailleurs un rôle déterminant à cet égard. Ils ont élaboré une stratégie nationale pour la promotion de la santé et ils ont favorisé, depuis leur création, la mise en œuvre d'initiatives structurantes dans ce domaine.

1.4 Impact des barrières linguistiques et culturelles en santé

Les préoccupations concernant les barrières linguistiques et culturelles en santé ne sont pas récentes. Plusieurs études et recherches tant internationales que nationales ont démontré que les barrières linguistiques et culturelles en santé nuisent à la qualité, à l'efficience et à l'efficacité des services dispensés et comportent des risques pour la sécurité des patients.

Au-delà de la communication et de la relation entre le patient et le professionnel de la santé, l'accès à des services de santé primaires adaptés permet à l'usager d'agir directement sur les déterminants de sa santé. Les barrières linguistiques diminuent ainsi la probabilité que les usagers vivant en situation linguistique minoritaire se prévalent de services de promotion de la santé et de prévention des maladies, entraînant une augmentation des soins de santé requis. La pénurie d'écrits et de dépliants en français pour bien informer les patients francophones au sujet de leur condition et du suivi nécessaire ajoute aux risques de non-fidélisation aux plans de soins. [10]

L'adaptation linguistique et culturelle fait appel aux valeurs d'équité, d'universalité, de sécurité et d'éthique clinique de notre système de santé. Les efforts pour accroître l'adaptation culturelle et linguistique de notre système de santé doivent reconnaître la nature systémique des problèmes d'accès.

Selon Vaillancourt et al. (2012),

« Le bien-être d'une personne va augmenter si les services sont disponibles dans la langue qu'elle préfère » (traduit de l'anglais). [11]

Au Canada, malgré l'existence de données associant les barrières linguistiques et culturelles à des risques accrus en matière de sécurité des usagers et à une diminution d'efficacité et d'efficience du système de santé, il n'existe aucune norme explicite qui contraigne les organisations de la santé ainsi que les professionnels de la santé à adresser cette problématique.

Impact des barrières linguistiques pour la clientèle

- Diminution dans l'accès aux services de santé et davantage de consultation sans rendez-vous
- Réticences à se faire soigner
- Probabilité accrue d'erreurs dans les diagnostics et les traitements
- Augmentation du temps de consultation et du nombre de tests diagnostics
- Diminution de la probabilité d'adhérence au plan de traitement et risque accru d'effets secondaires indésirables associés aux médicaments
- Diminution de la satisfaction

Impact des barrières linguistiques pour les professionnels

- Durée plus longue de l'intervention
- Difficultés dans l'obtention d'un consentement éclairé
- Enseignement diminué en raison des limites linguistiques
- Erreur de diagnostic et traitement inapproprié
- Inefficacité clinique occasionnant une insatisfaction du soigné et du soignant

Langue, culture et santé – Domaines de recherche en développement au Canada

Aux États-Unis, la littérature, la recherche et les études sur les liens entre langue, culture et santé, sur les barrières linguistiques et culturelles et sur les compétences culturelles et linguistiques en santé abondent. Les recherches fournissent des données probantes qui viennent appuyer la mise en œuvre de pratiques innovantes.

Au Canada, ce domaine de recherche est peu développé, mais semble susciter un certain intérêt chez les chercheurs. Les recherches se sont surtout intéressées aux populations autochtones ou immigrantes et ont, jusqu'à tout récemment, porté peu d'attention à l'impact des barrières linguistiques sur les communautés de langues officielles. Une revue de littérature annotée du *California Endowment Fund* sur les barrières linguistiques en santé en 2003, qui a été analysée par Santé Canada dans le but d'évaluer la validité de preuves, démontre le

[9] OMS. *Vers l'Unité pour la Santé : Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé. Document de Travail.* Genève, 2002.
[10] AIIC. *Projet soins infirmiers en Français : Rapport synthèse.* Août, 2007.
[11] Vaillancourt, F et al., *Official Language Policies of the Canadian Provinces. Costs and benefits in 2006,* Fraser Institute January 2012.

Tableau : Répartition géographique des études visées par la bibliographie annotée du California Endowment et par l'analyse sommaire de Santé Canada[12]

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

peu d'intérêt pour ce sujet au Canada. Sarah Bowen et Norman Segalowitz figurent parmi les chercheurs canadiens qui se sont consacrés à la problématique des barrières linguistiques en santé, en portant un intérêt particulier sur les minorités de langues officielles.

Sarah Bowen

Sarah Bowen est professeure associée au *Department of Public Health Sciences* de l'Université d'Alberta et a rédigé plusieurs études sur l'influence des barrières linguistiques en obstacle à l'accès aux services de santé pour les communautés vivant en situation l linguistique minoritaire au Canada. Dans un rapport préparé pour Santé Canada en 2001, Sarah Bowen souligne que les patients en situation linguistique minoritaire au Canada sont plus à risque de recevoir des services de santé moins sécuritaires découlant de problèmes de communication. Cette étude fait valoir l'importance, pour les organisations de santé, de traiter la question des barrières linguistiques comme un enjeu de qualité des services et de gestion des risques.[13]

Norman Segalowitz

Le professeur Norman Segalowitz, directeur associé au *Centre for the Study of Learning and Performance* de l'Université Concordia à Montréal, suggère que la question des barrières linguistiques en santé offre aux chercheurs des différentes branches de la science langagière des occasions inestimables de mener des recherches fondamentales et de contribuer à l'avancement des connaissances sur la communication en contexte médical.[14] Il met de l'avant l'importance de différencier les liens indirects (facteurs économiques, sociaux, géographiques, etc.) et les liens directs (reliés à la langue) lorsque l'on étudie les conséquences des barrières linguistiques sur l'accès aux services de santé chez les communautés en situation minoritaire.

Plusieurs autres chercheurs se sont démarqués au cours des dernières années et explorent de nouveaux aspects reliés à la langue, la culture et la santé. Ils sont appuyés, entre autres, par le volet recherche du Secrétariat national du **Consortium national de formation en santé (CNFS)** qui agit en complémentarité avec son volet institutionnel et la Commission conjointe de recherche sur la santé des francophones en situation minoritaire. Le CNFS contribue à bâtir un environnement propice au développement de la recherche, à favoriser le réseautage et le soutien des équipes thématiques de recherche et à diffuser les connaissances ainsi acquises.

Réseau d'expertise de la Société Santé en français

Il est non seulement important de générer des données probantes, mais il faut aussi développer des modalités de transfert des connaissances nouvellement acquises. Le Réseau d'expertise mis en place par la Société Santé en français est une initiative nationale qui contribue par le biais de veilles informationnelles et de conférences virtuelles sur des sujets d'intérêt général à appuyer le partage de connaissances entre les Réseaux Santé en français ainsi qu'avec leurs partenaires partout au pays.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.

[12] *Évaluation de la validité des preuves présentées dans l'étude intitulée* Language Barriers in Health Care Settings: An annotated Bibliography of the Research Literature, Santé Canada, BACLO, Janvier 2008.

[13] Bowen S. *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé.* Santé Canada, 2001. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces-eng.pdf

[14] Segalowitz, Norman, Kehayia, Eva # 2011 *La Revue canadienne des langues vivantes*, 67, 4 (novembre), p. 480–507 doi:10.3138/cmlr.67.4.480

2 LES ORGANISMES NORMATIFS CANADIEN ET QUALITÉ EN SANTÉ

Dans cette section, nous présentons Agrément Canada et ses exigences en matière de communication ainsi que l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) qui offre une plateforme d'influence concernant les normes pour la sécurité des patients. Il existe aussi tout un système d'évaluation de la pratique professionnelle des différentes professions de la santé par les associations et ordres professionnels; toutefois, elles ne font pas l'objet de la présente étude.

2.1 Agrément Canada

Agrément Canada[15] est un organisme indépendant à but non lucratif qui fournit aux organismes de santé et de services sociaux un processus d'évaluation externe de la qualité de leurs services selon des normes d'excellence et mené par des pairs visiteurs/évaluateurs bénévoles. Agrément Canada est agréé par l'*International Society for Quality in Health Care* et compteplus de 1 000 clients (organismes centraux) incluant les autorités régionales de la santé et représentant plus de 5 500 établissements, programmes et services communautaires, tant du secteur privé que public.

L'agrément au Canada :

- Obligatoire par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour tout établissement qui désire accueillir des étudiants en médecine
- 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 pour les 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, effectuée par Agrément Canada
- L'agrément est facultatif dans les autres provinces et territoires

Les normes d'Agrément Canada sont des normes d'excellence révisées régulièrement dans le cadre d'un processus consultatif élaboré. Elles évaluent la gouvernance, la gestion des risques, le leadership, la prévention des infections et la gestion des médicaments, de même que les services dans plusieurs secteurs d'activités cliniques.

Les normes et critères d'Agrément Canada 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'informations sur les traitements et services. Cependant, les normes d'Agrément Canada ne rendent pas explicite l'obligation pour un établissement ou son personnel de se conformer à des normes spécifiques d'accessibilité linguistique en lien avec les langues officielles. Nous ne retrouvons aucune référence aux modalités que l'organisation doit mettre en place pour assurer une communication efficace auprès de clients en situation de minorité linguistique afin de minimiser les risques associés aux barrières linguistiques.

Quelques pistes de collaboration avec Agrément Canada ont été amorcées au cours des dernières années. 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 (Conseil canadien d'agrément des services de santé) 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… »[16]

[15] *www.accreditation.ca*

[16] *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.

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 de santé en français. Ce projet n'est pas concrétisé à ce moment-ci.

Ces récentes démarches ont toutefois permis de confirmer l'ouverture d'Agrément Canada au développement de collaborations pour améliorer la prestation des services de santé en français aux communautés francophones et Acadienne minoritaires au pays. C'est par le biais de la sécurité des patients et de la gestion des risques qu'Agrément Canada tente présentement de répondre aux enjeux de communication en santé. Toutefois, la nature non contraignante des aspects linguistiques 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 à cet égard.

2.2 Institut canadien pour la sécurité des patients

Créé en 2003, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) [17] est un organisme de sensibilisation sans but lucratif qui vise à promouvoir la prestation de soins de santé sécuritaires. L'ICSP émet des lignes directrices ou principes non-contraignants, favorise les échanges par l'apport de documents pertinents et de recherches commandées et offre des activités d'éducation et de formation pour la sécurité des patients. Son objectif est de susciter la volonté des gouvernements, des organismes de santé, des chefs de file et des prestataires de soins d'améliorer la qualité et la sécurité des patients.

Des sondages effectués par l'ICSP ont confirmé que les concepts de la sécurité des patients occupaient peu de place auprès des facultés canadiennes en sciences de la santé. En 2006, l'ICSP a amorcé un processus d'identification de pratiques et d'interventions efficaces à intégrer dans la formation en sciences de la santé. Le Cadre canadien interprofessionnel axé sur les compétences liées à la sécurité des patients a été publié en 2008. Ces compétences se divisent en six domaines, comptant 23 compétences principales et 140 compétences habilitantes. [18]

Un des six domaines de compétence est de **Communiquer efficacement pour renforcer la sécurité des patients**. L'objectif est de promouvoir la sécurité des patients grâce à des communications efficaces dans le milieu des soins de santé. Aucune référence explicite ne s'y retrouve concernant les mesures à prendre afin de diminuer les risques associés aux barrières linguistiques et à l'obtention de consentement éclairé pour les clients vivant dans un contexte linguistique minoritaire.

La question des barrières linguistiques au niveau de la communication entre le patient et le professionnel de la santé n'est pas abordée dans le document. Pourtant, une communication efficace ne peut avoir lieu si les deux parties ne se comprennent pas au départ.

La conversation est au cœur de toute relation humaine et est la fondation de la relation médecin-patient [19]

À cet égard, le Comité d'agrément du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a émis l'énoncé [20] à l'effet que les résidents en médecine doivent perfectionner l'habileté à communiquer avec les patients et être en mesure de comprendre les principes et les pratiques pour obtenir un consentement éclairé. Ceci est tout particulièrement important lorsque :

- Il y a une barrière de langue;
- Il y a une barrière d'ordre physique;
- Quand survient un désaccord avec le patient;
- Dans les situations où des patients les remettent en question.

L'Institut canadien pour la sécurité des patients souligne que les facteurs suivants sont essentiels à l'adoption de Compétences liées à la sécurité des patients à grande échelle :

- Le cadre doit être intégré dans les normes régionales et nationales reconnues;
- Les organisations de normalisation dans les professions de la santé doivent examiner les compétences liées à la sécurité des patients à la lumière de leurs missions respectives;
- Le cadre aura plus d'influence sur les soins de santé s'il est intégré dans les normes régionales et nationales;
- Les puissants leviers de changement, comme les visites d'agrément, les normes de programmes, l'octroi de titres de professionnels de la santé et les processus d'évaluation peuvent rapidement faciliter l'intégration des Compétences liées à la sécurité des patients dans la formation et la pratique en soins de santé. [21]

[17] *www.accreditation.ca*

[18] Frank JR et S. Brien, au nom du Comité directeur sur les compétences liées à la sécurité des patients. Les compétences liées à la sécurité des patients – L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé. Ottawa (Ontario); Institut canadien pour la sécurité des patients; 2008.

[19] O'Neil, Centrality of language, p 179, 2005.

[20] http://crmcc.medical.org/residency/accreditation/positionpapers/Communication_Skills_f.pdf 2001.

[21] Les compétences liées à la sécurité des patients, Institut canadien pour la sécurité des patients, page 33, 2008.

3 ENVIRONNEMENT POLITIQUE ET SYSTÈME DE SANTÉ CANADIEN

L'accessibilité linguistique aux services de santé pour les communautés francophones en situation minoritaire pose un défi de taille dans le contexte canadien, pays officiellement bilingue qui compte plus de 34,6 millions d'habitants répartis sur un immense territoire. La complexité des environnements législatifs d'un système fédéré vient alourdir ce dossier. De plus, des facteurs démographiques importants tels que la dénatalité et le vieillissement de la population canadienne ainsi que l'immigration croissante et de plus en plus diversifiée viennent transformer le portrait du Canada et exercer de fortes pressions sur le système de santé.

3.1 Dualité et droits linguistiques

La dualité linguistique touche au cœur de la nation canadienne et s'applique à l'aménagement politique sur le territoire de deux langues officielles : l'anglais et le français. La Charte canadienne des droits et libertés de 1982, loi constitutionnelle, établit l'anglais et le français comme les langues officielles du Canada. Elle définit, à l'article 23, les droits à l'instruction dans la langue de la minorité linguistique établissant ainsi le cadre légal et constitutionnel par lequel chaque province et territoire offre des services dans les langues officielles.

Le Canada a deux langues officielles, une politique linguistique fédérale et des politiques linguistiques dans chacune des dix provinces et des trois territoires.[22] Le Nouveau-Brunswick est la seule province canadienne officiellement bilingue.

Le but de la politique fédérale en matière de langues officielles est :

- D'assurer le respect et l'égalité des deux langues officielles dans les institutions fédérales;
- D'appuyer le développement des minorités francophones et anglophones afin de progresser vers l'égalité de statut et d'usage du français et de l'anglais.

Toutefois, la Constitution canadienne ainsi que la Loi sur les langues officielles (LLO) garantissent des droits aux minorités linguistiques de langue officielle **uniquement en ce qui concerne les institutions fédérales.**

Le gouvernement fédéral, lorsqu'il a transféré des pouvoirs aux provinces et territoires dans plusieurs domaines, dont la santé, n'a pas prévu de garanties linguistiques relatives à ce transfert et il a associé la prestation de services dans la langue des communautés minoritaires aux lois, politiques et normes provinciales. Ceci constitue toujours une différence majeure entre les minorités linguistiques canadiennes et internationales dans le domaine de la santé.

3.2 Cadres législatifs et services en français dans les provinces et territoires canadiens

Malgré le fait que le français est une des deux langues officielles du Canada, les francophones ne jouissent pas des mêmes droits et n'ont pas accès aux mêmes services dans toutes les provinces et territoires.[23]

[22] Johnson, M. *À double tranchant. La politique linguistique à l'égard du français au Québec et au Canada* ICMRL, novembre 2009

[23] Les 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.

Tableau : Statut législatif / réglementaire du français dans chaque province et territoire[24]

Lieu	Outil législatif	Commentaire
National	Charte canadienne des droits et libertés, article 23	Protection constitutionnelle du droit à l'éducation en français
Alberta	Loi linguistique de l'Alberta (1988) confirme le statut unilingue anglophone du gouvernement	Peu d'offres significatives de services de santé en français
Colombie-Britannique	Aucune loi sur les langues officielles et les services en français	Les droits de l'article 23 étendus aux immigrants francophones
Île-du-Prince-Édouard	French Language Services Act (1999) Nouvelle loi en rédaction	Non contraignante à l'exception de l'éducation
Manitoba	Loi de 1870 sur le Manitoba Politiques sur les services de langue française (1989)	Pas de loi sur les services en français, mais des politiques et règlements
Nouveau-Brunswick	Loi sur les langues officielles (1969, 2002) Loi relative à la langue et aux services de santé (2002, 2010). Politique et ligne directrice sur les langues officielles	Seule province officiellement bilingue
Nouvelle-Écosse	Loi sur les services en français (2004). Autres règlements et politiques sur les services en français	La province souhaite réaliser des progrès en matière d'accès linguistique
Nunavut	Loi sur les langues officielles (Inuit, français, anglais) (2008)	Comprend une obligation de services. Loi n'est pas en application
Ontario	Loi sur les services en français (1986, 1990)	Garantit des services dans les régions où vivent les francophones (25 régions désignées)
Québec	Français langue officielle depuis 1974 Charte de la langue française (1977)	Contexte de protection de la langue française
Saskatchewan	Loi relative à l'usage du français et de l'anglais en Saskatchewan (1988)	Le français et l'anglais peuvent être utilisés à l'Assemblée nationale
Terre-Neuve et Labrador	Aucune loi sur les langues officielles ou sur les services en français	Existence du Bureau des services en français
Territoires du Nord-Ouest	La Loi sur les langues officielles des Territoiresdu Nord-Ouest (1988, 1990)	Reconnaît et confère des droits pour l'usage de onze langues officielles, dont le français et l'anglais
Yukon	Loi sur les langues (1988, 2002) Politique sur les services en français	Reconnaît que le français et l'anglais sont les langues officielles

[24] Sources diverses dont site web : http://www.tlfq.ulaval.ca/axl/amnord/cnd-lois_ling.htm Leclerc, Jacques.

Comme l'indique le tableau précédent, il existe une asymétrie entre les provinces et territoires en matière de droits linguistiques. Nous avons choisi de regrouper les provinces en trois catégories selon le niveau de protection de la langue minoritaire et les services offerts :

- Provinces ayant un niveau de protection supérieur en matière de langues officielles et de services en français soit, l'Ontario, le Québec, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse;
- Provinces/territoires ayant une loi sur les langues officielles, mais avec peu de services publics en français : la Saskatchewan, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et l'Île-du-Prince-Édouard;
- Provinces n'ayant aucune loi sur les langues officielles ou loi sur les services en français et peu ou pas de services publics en français : la Colombie-Britannique, l'Alberta et Terre-Neuve-et-Labrador.

L'Île-du-Prince-Édouard, dont la loi sur les services en français de 1999 n'a jamais été complètement promulguée ou traduite en français, a décidé de refaire une nouvelle loi plutôt que de tenter de rendre l'ancienne conforme aux réalités actuelles. À cet égard, la province a adopté une démarche qui tient compte des facteurs suivants :

- Les ressources financières de la province;
- Le degré de bilinguisme de la fonction publique provinciale;
- Les priorités des populations francophones et acadiennes;
- La concentration géographique des communautés francophones.

Par cette approche, la province désire privilégier la concertation et éviter de se placer dans un éventuel contexte de revendication. Cet exemple traduit aussi une volonté répandue dans certaines provinces de travailler avec les communautés et d'impliquer celles-ci dans le choix des priorités en santé.

3.3 La santé compétence provinciale

Contrairement à plusieurs pays au monde qui n'ont qu'un système de santé unique, le Canada possède un système national d'assurance-santé regroupant treize régimes provinciaux et territoriaux distincts, mais partageant certaines caractéristiques et normes de protection de base communes. Les principes régissant le système de santé canadien sont définis par la Loi canadienne sur la santé et reflètent les valeurs canadiennes à cet égard.

Le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux se partagent les rôles et responsabilités en matière d'assurance-santé. Dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-santé, les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé doivent respecter certaines modalités afin d'être admissibles à la totalité de la portion en argent de la contribution fédérale qui leur est versée en vertu du Transfert canadien en matière de santé. [25]

Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables de l'administration, de l'organisation et de la prestation des services de santé pour leurs résidents.

3.4 Accord fédéral-provincial sur la santé

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaborent sur plusieurs politiques et programmes relatifs à la santé. En fait, même si la santé est une question sous juridiction provinciale, le financement fédéral, les normes nationales et les objectifs de la politique nationale sont établis dans le cadre d'un accord national depuis la fin des années 1990.

L'accord de 2004-2014 prévoyait, à titre d'exemple, un nouveau Fonds pour la réforme de la santé axé sur les soins primaires, les soins à domicile et la couverture de type catastrophique des médicaments d'ordonnance. C'est d'ailleurs dans le cadre de ce Fonds que plusieurs des initiatives des Réseaux Santé en français ont été réalisées.

Cet accord arrivera à échéance en 2014. Le gouvernement fédéral a présenté, en janvier 2012, les conditions générales du nouveau programme de financement 2014-2024, sans que l'accord ait fait l'objet de négociations avec les provinces et territoires. Le gouvernement fédéral a indiqué qu'il entendait adopter une approche neutre concernant l'établissement d'une politique de santé. Les provinces doivent donc envisager la possibilité de devoir fournir des services de santé sans accord national de santé.

Cette nouvelle position représente un tournant majeur dont les conséquences pourraient être déterminantes pour le système de santé canadien qui se démarque déjà par l'absence de réelles stratégies nationales.

Sur la question des services de santé en français, la position fédérale pourrait aussi avoir de lourdes conséquences alors que le développement des services de santé en français en milieu minoritaire est un domaine en plein essor, dont les avancées demeurent fragiles et nécessitent toujours un appui au niveau Fédéral.

[25] Site web du gouvernement canadien http://hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/index-fra.php

3.5 Conférence ministérielle sur la francophonie canadienne

La Conférence ministérielle sur la francophonie canadienne (CMFC), fondée en 1994, est un organisme intergouvernemental qui regroupe les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables de la francophonie canadienne.

La Conférence (CMFC) traite de diverses questions liées à la francophonie canadienne, oriente des démarches de coopération entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires et exerce un rôle rassembleur et d'influence en appui à la francophonie canadienne.

Toutes les provinces et territoires possèdent une structure administrative ou une direction responsable (voir encadré) de l'application de la loi sur les langues officielles dans leur province.

Ces structures sont essentielles et contribuent à assurer la vitalité de la langue et des cultures d'expression française et acadienne dans leurs milieux respectifs.

Certaines d'entre elles jouent aussi un rôle très significatif d'appui au développement des services de santé en français.

Le système de santé canadien se déploie dans un contexte global et politique complexe, à plusieurs niveaux d'autorités. Nous avons fait un bref survol afin de mieux situer les éléments qui ont une influence sur son fonctionnement et sur sa capacité de fournir une accessibilité linguistique aux communautés de langues officielles.

Réseau de la francophonie canadienne

- AB : Office des affaires francophones
- CB : Secrétariat aux affaires intergouvernementales
- IPE : Secrétariat des affaires acadiennes et francophones
- MB : Secrétariat aux affaires francophones
- NB : Francophonie canadienne et langues officielles
- NÉ : Office des affaires acadiennes
- NU : Gestionnaire des services en français
- ON : Office des affaires francophones
- QC : Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes
- SK : Direction des affaires francophones
- TNL : Bureau des services en français
- TNO : Secrétariat aux affaires francphones
- YK : Direction des services en français

4 FACTEURS D'INFLUENCE SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

Les systèmes de santé sont des structures extrêmement complexes traduisant l'organisation et les valeurs des sociétés dans lesquelles ils se sont développés. Le système de santé canadien est en évolution, passant d'une approche curative à une approche centrée sur le patient et les soins de santé primaires.

4.1 Comparaison – système de santé canadien et autres pays

Dans une étude comparative des structures et caractéristiques des différents systèmes de santé, Snowden et Cohen (2011), décrivent le système de santé canadien comme un modèle de type **État-propriétaire ou opérateur** en comparaison avec un modèle de type **État-gardien ou fiduciaire.** Sous le principe que tous les citoyens ont droit à l'accès aux services de santé sans égard, entre autres, à leur situation financière, le Canada, l'Australie et l'Angleterre ont adopté un système de santé « universel ». Le Canada et l'Australie ont également adopté un système décentralisé donnant aux provinces (ou aux états en Australie) la responsabilité pour l'organisation et la livraison des services de santé. [26]

L'absence de stratégies consolidées sur le plan national pour l'organisation et la livraison des services de santé, le peu de pouvoir dévolu au consommateur au Canada dans le choix de ses services de santé ainsi que la quasi-absence de compétition entre les fournisseurs de services de santé sont parmi les éléments qui influencent toutes les dimensions de notre système de santé. Snowden et Cohen (2011) soulignent que le système de santé au Canada a tendance à promouvoir une déresponsabilisation des consommateurs qui ont peu de pouvoir décisionnel au niveau du choix des dispensateurs et des services de santé.

Le tableau suivant, adapté et traduit du modèle de Snowden et Cohen, présente les principales caractéristiques des systèmes de santé comparés.

État-propriétaire ou opérateur	État-gardien ou fiduciaire	Modèle mixte privé
• Principes d'égalité et d'universalité • Système d'assurance publique • Financement par les revenus de taxation • Assurances privées • Copaiment • Contribution directe du patient • **Canada** • **Australie** • **Royaume-Uni**	• Principes de solidarité • Système d'assurance social • Contribution employeur/employé • Primes d'assurances privées • Contribution directe du patient • **France** • **Suisse** • **Allemagne** • **Pays-Bas**	• Principes de qualité, de haute technologie et de soins spécialisés • Système d'assurance privé • Système de santé des États • Contribution employeur/employé • Primes d'assurances privées • Contribution directe du patient • **États-Unis**

[27] Snowden, A. et Cohen, J. *Strengthening Health Systems Through Innovation: Lessons Learned.* International Centre for Health Innovation, 2011.

Les systèmes de santé européens accordent généralement plus d'importance à la participation de l'individu, de sa famille ainsi que de la communauté. Les liens entre les aspects médicaux et sociaux sont également plus évidents. En Belgique à titre d'exemple, les principes d'assurance sociale se traduisent par une **solidarité horizontale** entre les personnes en santé et les personnes en mauvaise santé ainsi qu'une **solidarité verticale** basée principalement sur le niveau de revenus d'emploi. L'organisation du système de santé est caractérisée par un haut niveau de liberté thérapeutique du médecin, le libre choix du consommateur et la rémunération basée sur le paiement à l'acte. Une autre différence importante entre l'Europe et le Canada est le système d'assurance privée. Au Canada comme aux États-Unis, les assurances privées, qui jouent un rôle complémentaire au système de santé public, sont offertes par des compagnies privées à but lucratif. En Europe, les assurances privées sont offertes en grande majorité par des compagnies à but non lucratif (Mutuelles, Syndicats, etc.) qui agissent comme partenaires de l'État pour assurer l'accès aux services de santé à la population. L'État joue un rôle régulateur et définit les normes de qualité, ce qui constitue une différence majeure avec les systèmes canadien et américain.

Les ententes fédérales/provinciales/territoriales, tout en ayant permis des avancées dans certains domaines spécifiques ne permettent toutefois pas, dû aux limites même de leur fonctionnement, le développement de stratégies nationales. Cet état de fait freine non seulement la capacité d'innovation à l'échelle du pays, mais exerce aussi un impact direct sur l'accessibilité uniforme à des services de santé dans les deux langues officielles au Canada.

Un défi de taille pour la pérennité du système de santé au Canada, qui est encore centré sur les soins hospitaliers, est d'évoluer vers des modèles novateurs de gestion des maladies chroniques [27], des modèles qui renforcent le sentiment d'autodétermination et de responsabilisation des communautés sur le plan des saines habitudes de vie et du bien-être des citoyens. Plusieurs des initiatives mises en place par les Réseaux et les communautés francophones et Acadienne pour favoriser l'accessibilité linguistique vont dans le sens de la prise en charge de la santé par les membres de ces communautés.

4.2 Impact de la diversité culturelle sur le système de santé

La dénatalité, le vieillissement de la population sont autant de facteurs qui menacent la vitalité et l'essor économique du Canada. La décroissance de la population est compensée par l'immigration qui s'est accélérée au cours des dix dernières années. La diversité grandissante de la population et de la main-d'œuvre canadienne crée, pour les organisations, des opportunités nouvelles, mais aussi des défis majeurs. Les nouveaux arrivants apportent une vitalité renouvelée au Canada tout en venant modifier son tissu social.

La Conférence ministérielle sur la francophonie canadienne s'est intéressée aux enjeux et opportunités en matière de gouvernance, de recrutement et de sélection d'immigrants francophones et appuie les efforts d'intégration socioculturelle et socio-économique des nouveaux arrivants dans leurs communautés respectives. [28]

Le système de santé est touché par cette transformation de la société canadienne à deux niveaux :

- Des usagers du système de santé qui proviennent de cultures différentes et qui présentent des problèmes de santé pouvant être très complexes;
- Une main-d'œuvre culturellement diversifiée et souvent formée à l'extérieur du pays, donc dans des systèmes d'éducation très différents.

[27] L'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada (EPMCC). 2011. http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5160&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2

[28] Communiqué conférence ministérielle sur la francophonie canadienne : L'immigration francophone : Essentielle pour l'ensemble des Canadiens! Chantal Alarie, 29 février 2012.

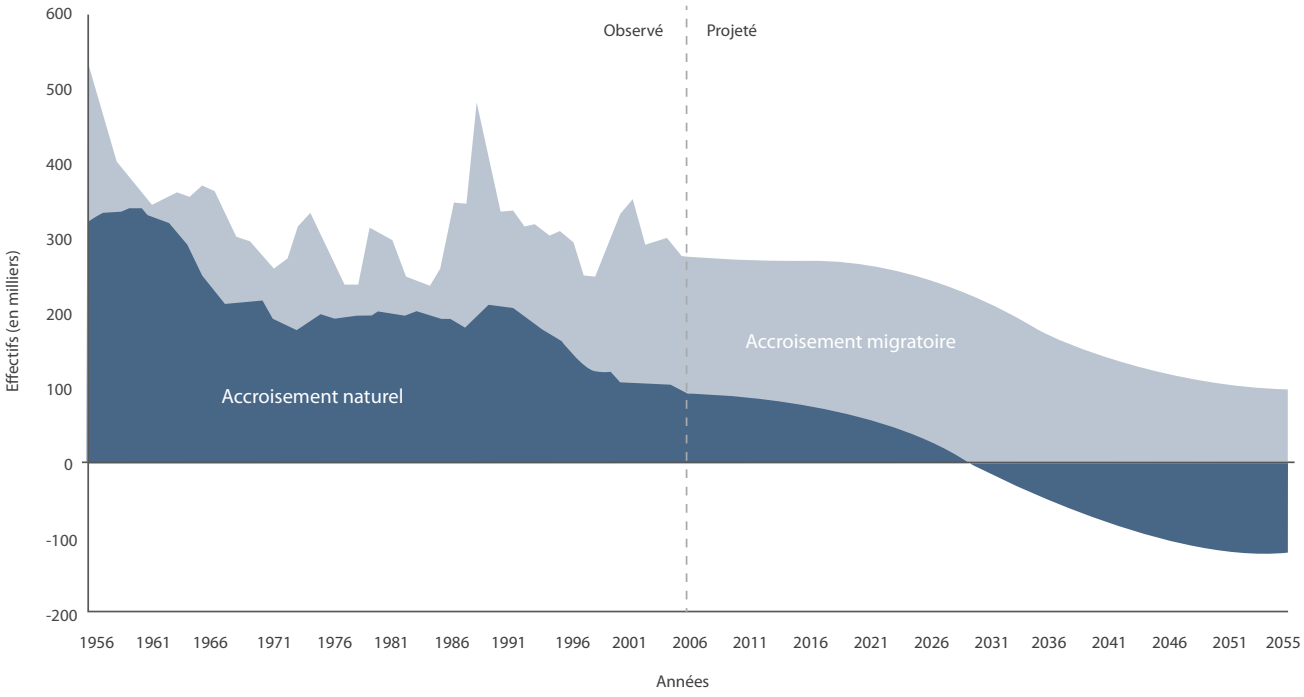
Pour les établissements de santé, la clientèle traditionnelle côtoie maintenant une clientèle de plus en plus diversifiée, autant au niveau de la langue que de la culture. Il en va de même du personnel des établissements qui se diversifie, qui doit apprendre à travailler en équipes multidisciplinaires et qui doit comprendre les besoins et servir, avec autant d'attention, les deux types de clientèle.

Les enjeux d'acquisition de compétences culturelles des systèmes de santé sont les mêmes partout. Comment s'adapter à l'évolution rapide des milieux? Comment répondre adéquatement aux besoins et attentes d'une clientèle de plus en plus diversifiée? Comment former une main-d'œuvre adaptée et sensible à son milieu? Comment faire évoluer les pratiques cliniques et de gestion ainsi que les services à la clientèle en fonction de la nouvelle réalité?

Le multiculturalisme a un impact grandissant sur les modèles d'organisation des services ou sur les approches adoptées par les systèmes de santé dans certaines provinces canadiennes où l'immigration représente une proportion très importante de la population.

Le tableau suivant illustre l'importance qu'occupe l'immigration pour compenser la décroissance de la population canadienne.

Accroissement migratoire et accroisement naturel de la population du Canada, 1956 à 2056



En 2017, plus d'un Canadien sur cinq (22 %) pourrait être né à l'étranger.

5 Cadre conceptuel pour des services linguistiquement et culturellement adaptés en santé

Nous proposons un cadre conceptuel qui permet de mettre en relation les éléments clés du système de santé afin de mieux situer les pratiques favorisant des services linguistiquement et culturellement adaptés.

Dans le cadre de notre étude, nous nous intéressons à deux catégories d'approches : celles qui ont un impact global, durable et qui ont été intégré au système de santé et les pratiques ou modèles prometteurs qui, malgré leur caractère local ou relativement nouveau, présentent un fort potentiel sur le plan de l'accessibilité linguistique et culturelle. Toutefois, l'objectif n'est pas de faire la recension de l'ensemble des approches et programmes existants.

Cette revue des approches et pratiques, regroupées selon le cadre conceptuel, nous permettra de faire ressortir quelques constats généraux ainsi que les critères associés aux meilleures pratiques pour des services de santé linguistiquement et culturellement adaptés. Elle permettra également d'apprécier le rôle que pourrait jouer un cadre normatif dans cet environnement.

5.1 Une approche centrée sur le patient

Selon l'*Institute of Medicine* américain, les soins centrés sur le patient se caractérisent par la compassion, l'empathie, et la sensibilité aux besoins, valeurs et préférences du patient comme individu, Aucoin (2008). Comme le souligne aussi Betancourt (2006), ces mêmes éléments sont le fondement de l'adaptation linguistique et culturelle au niveau des pratiques professionnelles et organisationnelles. En d'autres mots, l'adaptation linguistique et culturelle au niveau professionnel et organisationnel est au cœur d'une approche centrée sur le patient.

Les clients, leurs besoins et leurs attentes, constituent l'ultime référence pour définir la qualité recherchée pour les services offerts par une organisation de santé. Pour les communautés francophones et Acadienne, le modèle de système de santé souhaité doit minimalement inclure une composante d'adaptation linguistique et, ultimement, une composante d'adaptation culturelle lorsque nécessaire.

Dans sa revue de littérature, Aucoin (2008)[29] conclut que les efforts visant des services de santé linguistiquement et culturellement compétents doivent se situer à trois niveaux :

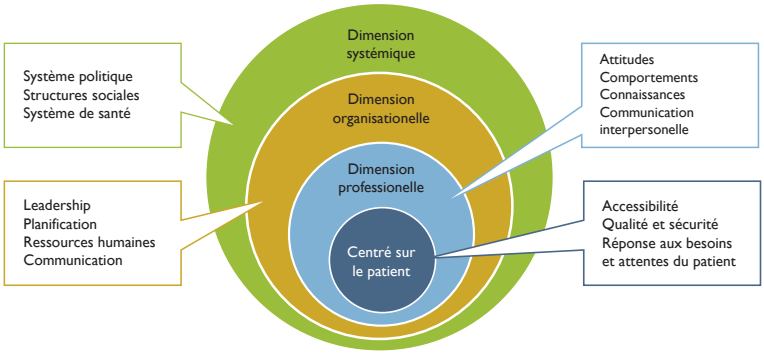
1) Le gouvernement et le système de santé;
2) Les organisations de santé;
3) Les communautés, tout en tenant compte des enjeux spécifiques qui leur sont propres.

Le modèle intégrateur que nous proposons dans cette étude tient compte de ces trois niveaux tout en accordant une place distincte à la dimension professionnelle.

5.2 Modèle conceptuel

Niveaux d'influence dans le système de santé

CADRE CONCEPTUEL



La représentation graphique du cadre conceptuel, centré sur le patient, reconnaît l'importance d'agir sur chaque dimension du système de santé pour y apporter les changements souhaités en regard de l'accessibilité linguistique et de la compétence culturelle pour les communautés francophones vivant en situation minoritaire.

« Toute intervention, de la plus simple à la plus complexe, a un effet sur le système dans son ensemble, lequel a un effet sur chacune des interventions mises en œuvre. »[30]

[29] Aucoin, Léonard. *Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé, analyse critique de la littérature.* Société Santé en français, mars 2008.
[30] Campbell S. *Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé.* Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, OMS 2009.

6 Dimension systémique : définition, approches et pratiques

Dans les prochains chapitres, nous définirons brièvement chaque dimension et présenterons des approches et pratiques qui contribuent à rendre les services de santé linguistiquement et culturellement adaptés au Canada.

6.1 Définition

Cette dimension englobe le système de santé et le système social incluant les communautés dans lesquelles évoluent ces systèmes. Plusieurs des déterminants de la santé se situent à l'extérieur des organisations de santé : facteurs socio-économiques, éducation, emploi, etc. Il faut donc considérer les politiques de santé et les politiques sociales en fonction de leur sensibilité aux caractéristiques linguistiques et culturelles des communautés touchées.

« Les pionniers des compétences culturelles, comme ceux des « soins centrés sur le patient », ont reconnu que les disparités dans la qualité des soins de santé ne résultaient pas de barrières culturelles seulement entre les patients et les professionnels de la santé mais aussi entre des communautés entières et leurs systèmes de santé. De là, le besoin non seulement de former des professionnels compétents sur le plan culturel, mais aussi de développer des systèmes de santé compétents sur le plan culturel. »[31]

6.2 Approches et pratiques

La grande majorité des approches courantes pour offrir des services de santé linguistiquement et culturellement adaptés aux communautés francophones et Acadienne en milieu minoritaire au Canada sont récentes, ancrées dans le système de santé de la province et répondent à des impératifs législatifs et administratifs spécifiques. Ces approches s'appuient aussi sur les besoins prioritaires des communautés qu'elles desservent. Il n'y a aucun cadre normatif ou processus formel d'évaluation qui sous-tend ces approches afin d'assurer que les efforts consentis donnent les résultats attendus. La recherche dans ce domaine en est à ses débuts au Canada et n'a pas encore généré suffisamment de données probantes pour permettre de prioriser une approche plutôt qu'une autre.

Un des éléments clés de cette dimension est l'aspect législatif. Le tableau de la page 21 présente un portrait des lois ou réglementations en appui à l'existence de services en français dans les provinces et territoires. Sans contexte législatif, il ne peut y avoir d'offre de services de santé significative et soutenue par un gouvernement. Cet état de fait n'empêche pas les initiatives communautaires, mais en restreint la portée et le financement à long terme.

Dans les prochaines sections, nous nous intéresserons principalement à l'aspect du système de santé et à la dimension systémique de notre cadre. Les approches et pratiques qui seront décrites visent surtout à assurer l'accessibilité linguistique aux services de santé pour les communautés minoritaires de langues officielles et à répondre ainsi aux obligations relatives aux langues officielles.

Les approches systémiques décrites dans ce chapitre sont :

I. L'offre active;
II. La désignation;
III. Les programmes ou plans d'accès aux services;
IV. Les mécanismes et postes de coordination provinciale;
V. Les entités de planification;
VI. Les services provinciaux ou régionaux d'accès linguistique (interprétation);
VII. Les Réseaux Santé en français.

[31] Beach, M. C., Saha, S., Cooper, L. A. *The Role and Relationship of Cultural Competence and Patient-Centeredness in Health Care Quality.* The Commonwealth Fund, Octobre 2006.

Le tableau suivant situe, par province, les principales approches qui seront décrites dans cette section sur la dimension systémique.

Province	Approche	Durée*	Modalité
Alberta	Service régional et provincial d'interprétariat et de traduction	Plus de 5 ans	Accès linguistique
Colombie-Britannique	Service d'interprétation provincial	Plus de 10 ans	Accès linguistique
Manitoba	Politique de l'Offre active Désignation régions bilingues Coordination des services en français Service régional d'interprétariat médical	Plus de 10 ans Plus de 10 ans Plus de 10 ans	Accès linguistique Adaptation culturelle
Nouveau-Brunswick	Approche hybride (linguistique et territoriale). Régies francophone et anglophone (2008)	Moins de 5 ans	Accès linguistique Adaptation culturelle
Nouvelle-Écosse	Programme d'accès aux services en langue française Coordination provinciale des services en français	Plus de 5 ans Plus de 5 ans	Accès linguistique
Ontario	Désignation territoriale et désignation d'établissements Coordination provinciale et régionale des services en français Entités de planification des services en français auprès des RLISS (2011)	Plus de 10 ans Plus de 10 ans Moins de 2 ans	Accès linguistique Adaptation culturelle
Québec	Programme d'accès aux services en langue anglaise Désignation d'établissements	Plus de 15 ans Plus de 15 ans	Accès linguistique
National	Réseaux Santé en français (2002)	10 ans	Adaptation culturelle

* *Durée approximative*

I – L'OFFRE ACTIVE

Le concept d'offre active postule que les services en français doivent être visibles, disponibles et facilement accessibles. Le **Manitoba** est la seule province qui a une politique officielle sur l'offre active qui touche l'ensemble des services gouvernementaux. La politique vise à créer un climat dans lequel les citoyens se sentent à l'aise d'utiliser la langue officielle de leur choix.

En général, la demande de services en français augmente de manière considérable à partir du moment où ils sont dispensés selon les principes de l'offre active

L'offre active au Manitoba comporte quatre grands volets :

- L'accueil bilingue et le service dans la langue officielle choisie par l'usager;
- L'affichage bilingue (y compris le port de macarons ou d'épinglettes par le personnel bilingue);
- La documentation bilingue (y compris sur les sites web);
- Un service de qualité comparabl à celui offert en anglais.

Au **Nouveau-Brunswick,** l'offre active consiste à préciser au patient, dès le premier contact, que les services sont disponibles dans les deux langues officielles. Un guide de référence à l'intention des gestionnaires d'établissements de santé et des professionnels de la santé[32] a été conçu, par le Réseau-action Formation et recherche, pour fournir de l'information sur l'offre de services dans les deux langues officielles au sein des régies régionales de la santé du Nouveau-Brunswick. Ce guide renferme des exemples pratiques et des stratégies pour favoriser l'offre de services dans les deux langues. Le guide est présentement en révision suite à la réorganisation, en 2008, du système de santé du Nouveau-Brunswick.

Lorsqu'un service est offert au public par une régie régionale de la santé, il existe une obligation juridique de l'offrir et de le fournir dans la langue officielle choisie par le public. Il n'existe aucune exception basée sur un nombre minimum de citoyens.

Au Nouveau-Brunswick : les services réguliers et spécialisés, normalement offerts en vertu de la loi, comprennent, sans toutefois s'y limiter :

- L'affichage
- La communication orale
- Le courrier électronique, Internet, messagerie vocale
- La correspondance
- La documentation, les formulaires et les documents destinés au public
- Les services des tribunaux judiciaires et administratifs
- Les services contractés auprès de tiers

Dans les cas où les services d'interprétation sont requis, ils doivent être accessibles de façon immédiate. Les services de traduction doivent être disponibles pour traduire les formulaires, les rapports, la correspondance et les documents volumineux.

L'Ontario s'intéresse aussi au concept de l'offre active et privilégie son intégration dans le cadre du processus de désignation.

II – LA DÉSIGNATION

Désignation territoriale

La désignation territoriale réfère à des portions du territoire, des régions ou des municipalités où les communautés de langue officielle minoritaire obtiennent des garanties de services. Cette approche est aussi utilisée en Europe pour délimiter des régions bilingues ou de langue minoritaire.

En **Ontario,** une région est désignée bilingue lorsqu'au moins 10 % de sa population est francophone ou lorsqu'elle compte au moins 5 000 francophones. Ces critères de base ont permis la désignation de 25 régions bilingues dans la province.

Au **Manitoba,** une région désignée est une région reconnue par le gouvernement du Manitoba où la population peut choisir de recevoir des services en français, compte tenu de la concentration de francophones dans la région ou de la vitalité de la collectivité francophone, comme l'atteste l'usage de la langue française dans les institutions.

Désignation d'établissement

La désignation d'établissement ou de programme est une reconnaissance légale de la compétence d'un organisme ou d'un établissement à offrir des services dans la langue officielle minoritaire de sa province. L'Ontario, le Québec et le Manitoba ont des processus de désignation d'établissements alors que le Nouveau-Brunswick a plutôt créé deux régies régionales, une francophone (Réseau Vitalité) et une anglophone (Réseau Horizon) qui se répartissent la responsabilité des soins et services de santé sur le territoire dans le contexte de la loi sur les langues officielles.

[32] *L'offre de services dans les deux langues officielles dans le domaine de la santé – À nous d'y voir!* Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick, Réseau-Action formation et recherche.

Les mécanismes de désignation d'établissement s'accompagnent généralement de processus administratifs exhaustifs impliquant plusieurs niveaux administratifs.

Au **Québec,** un établissement ayant 50 % ou plus de sa clientèle d'expression anglaise peut demander d'être reconnu par l'Office québécois de la langue française, ce qui permet ensuite à l'établissement de faire une demande de désignation ministérielle en tant qu'établissement désigné pour offrir tous ses services en anglais et en français.[33]

En **Ontario,** la demande de désignation peut comporter plusieurs étapes distinctes d'approbation, suite à l'autorisation du conseil d'administration d'un établissement d'entreprendre le processus de désignation, et peut passer par quatre niveaux décisionnels externes, et ce, avant la sanction par le Conseil des ministres.

Les critères de désignation en Ontario sont génériques et s'apparentent aux normes CLAS. Ils incluent d'ailleurs des facteurs de représentation communautaire et de leadership francophone. Les critères de désignation ontariens visent à :

- Offrir de manière permanente des services en français de qualité;
- Garantir l'accessibilité de ses services en français;
- Assurer la présence de francophones au sein du conseil d'administration et de la haute direction de l'organisme;
- Assurer l'imputabilité du conseil d'administration concernant les services en français par le biais de politique écrite ou de réglementation interne définissant les responsabilités de l'organisme à cet égard.

C'est dans les régions du Nord-Est et dans la région de Champlain que l'on retrouve le plus grand nombre d'organismes désignés.

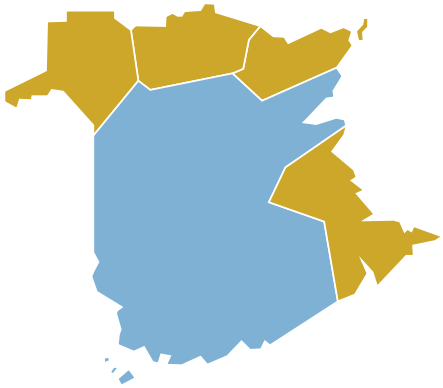
Au **Manitoba,** certains organismes, établissements, programmes, services et postes ont été désignés bilingues dans le but de faciliter la prestation des services en langue française en accord avec le concept de l'offre active. La désignation a pour but de cibler des points de services clés où la demande pour les services en français, ainsi que la capacité de les offrir, est élevée afin d'y concentrer les efforts d'amélioration. Le Conseil communauté en santé du Manitoba œuvre avec le Secrétariat aux affaires francophones afin d'élaborer une proposition quant à la mise à jour et à l'officialisation du système de désignation des établissements de services sociaux et de santé francophones et bilingues ainsi qu'au protocole à suivre. [34]

Approche hybride linguistique/territoriale

Au Nouveau-Brunswick, seule province officiellement bilingue au Canada, le gouvernement souhaite garantir l'accès à tous les services provinciaux, incluant la santé, en français et en anglais.

Les huit régies régionales de la santé ont été abolies en 2008 pour être remplacées par de nouvelles structures à la fois territoriales et linguistiques, soit :

- La régie francophone, le Réseau Vitalité (jaune);
- La régie anglophone, le Réseau Horizon (bleu).



Ces deux entités se répartissent le territoire de la province selon une ligne démarquant les régions à majorité francophone et à majorité anglophone. La région Beauséjour (Moncton) est cependant une zone de responsabilité conjointe. Cette structure hybride évite au gouvernement de se retrouver dans une situation de dualité linguistique en santé. Cependant, aucune mesure de rendement de l'accès aux services dans les deux langues n'accompagne ces changements et ceux-ci sont trop récents pour pouvoir y porter un regard critique.

La capacité de fonctionner dans les deux langues officielles et d'offrir les services dans les deux langues est à vitesse variable dans les deux régies. Le Réseau Vitalité présente le plus haut taux de bilinguisme alors que le Réseau Horizon doit poursuivre ses efforts à cet égard.

III – PROGRAMMES OU PLANS D'ACCÈS AUX SERVICES

Les programmes d'accès visent à déterminer les obligations des établissements de santé et de services sociaux relativement aux services qui doivent être accessibles aux citoyens de langue officielle minoritaire.

Au **Québec**, c'est un programme à étapes multiples, sanctionné par le gouvernement et qui nécessite, de la part de chacune des 18 Agences de la santé et des services sociaux de la province, d'élaborer et d'adopter un plan d'accès pour les services de santé en langue anglaise.

[33] Site web du gouvernement du Québec http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/saslacc/index.php?etablissements
[34] Site web du Conseil Communauté en santé http://ccsmanitoba.ca/regions

En **Nouvelle-Écosse,** le gouvernement et le ministère de la Santé et du Mieux-être travaillent étroitement avec la communauté acadienne et francophone, en collaboration avec le Réseau Santé Nouvelle-Écosse, afin d'améliorer le niveau des services en français.[35] Les domaines de soins de santé primaires, des soins continus et du soutien aux professionnels de la santé font partie des priorités du ministère. Chaque régie régionale doit déposer un plan d'accès aux services en français et des rapports de progrès sont publiés annuellement. Les informations sur les services en français sont disponibles sur les sites web des différentes régies de la santé, qui sont traduits au fur et à mesure des mises à jour.

Un exemple

Environ 70 ambulanciers paramédicaux de la Nouvelle-Écosse sont bilingues et offrent des services de soins de santé d'urgence en français

IV – Mécanismes et postes de coordination – rôle provincial

Dans plusieurs provinces, des structures ou des postes de coordination ont été créés au sein des différents ministères responsables de la santé ou au sein d'un établissement de santé afin de rapprocher le système de la communauté.
À titre d'exemple : En **Nouvelle-Écosse**[36], les responsabilités reliées au poste de coordonnateur aux services en français au sein du ministère de la Santé et Mieux-être sont :

- Assurer la liaison entre le ministère de la Santé et la communauté francophone et acadienne;
- Participer à la planification ministérielle, interministérielle et provinciale afin d'assurer l'intégration de la prestation des services;
- Offrir des conseils et de la rétroaction au ministère de la Santé, aux régies régionales de la santé et établissements sur l'implantation de nouvelles initiatives pour améliorer l'offre et l'accès aux services en français;
- Fournir de l'aide au ministère de la Santé, aux régies régionales de la santé et au centre de soins de santé IWK pour la traduction et l'étude de documents.

En **Colombie-Britannique**, une coordonnatrice des Services en français assume un rôle d'information, de liaison et de planification de projets entre la communauté francophone et les régies de santé et les institutions publiques de santé.

Au **Manitoba**, un coordonnateur assume des responsabilités définies pour la mise en œuvre générale des services en français, en vertu de la Politique sur les Services en langue française et les directives qui s'y rapportent pour le secteur de la santé.

V – Entités de planification – rôles régionaux

En **Ontario,** les Entités de planification constituent une approche innovante pour soutenir l'engagement des collectivités francophones sur les questions relatives aux services de santé en français et s'assurer ainsi que leurs besoins soient pris en compte dans les processus de planification des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS).

Les six entités de planification des services de santé en français appuient un ou plusieurs RLISS et les conseillent sur différentes questions, à savoir :

- Les méthodes d'engagement de la collectivité francophone dans la région;
- Les besoins et priorités de la collectivité et des différents groupes francophones de la région en matière de santé;
- Les services de santé mis à la disposition de la collectivité francophone de la région;
- L'identification et la désignation des fournisseurs de services de santé en français de la région;
- Les stratégies visant à améliorer l'accès, l'accessibilité et l'intégration des services de santé en français au sein du réseau de santé local;
- La planification et l'intégration des services de santé dans la région.

En 2011, le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario et le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario ont été désignés Entités de planification par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour conseiller les autorités régionales en santé (RLISS).

Ces responsabilités sont nouvelles et les Réseaux Santé en français commencent à exercer les mandats qui leur sont dévolus suite aux ententes avec les RLISS. Malgré que cette approche semble prometteuse, il est trop tôt pour pouvoir en évaluer l'impact.

[35] http://www.gov.ns.ca/dhw/services-de-sante.asp
[36] Site web gouvernement Nouvelle-Écosse http://www.gov.ns.ca/dhw/services-de-sante.asp

VI – SERVICES PROVINCIAUX OU RÉGIONAUX D'ACCÈS LINGUISTIQUE (INTERPRÉTATION)

Les services d'interprétariat médical visent à appuyer les établissements de santé et les équipes de professionnels dans leurs communications avec les patients et constituent une des modalités de base de l'accessibilité linguistique en l'absence d'employés bilingues. Au Canada, ces services sont offerts par différentes catégories d'organisations : services gouvernementaux, organismes à but non lucratif, entreprises privées et groupes communautaires.

Les provinces de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et du Manitoba ont mis en place des services d'interprétation médicale regroupés au niveau régional ou provincial.

En **Colombie-Britannique**, le *Provincial Language Service* (PLS) est un programme de la Régie provinciale de la santé. Ce programme a pour but d'aider les organisations à rendre leurs services accessibles aux minorités linguistiques et culturelles, grâce à des services d'interprétation, de traduction, de consultation et de formation. Ce programme offre aux francophones des références pour identifier un professionnel de la santé ou pour obtenir des renseignements en français sur les problèmes de santé ou sur le système médical de la Colombie-Britannique.[37] Certains éléments du programme sont offerts gratuitement.

« Parmi les 95 051 demandes d'interprétation, 570 étaient pour le français (une augmentation de 100 % par rapport à 2009), dont 336 pour des services sur place et 234 par téléphone »

Rapport 2010-2011 - Provincial Language Services

En **Alberta**, le Service de traduction et d'interprétation de *l'Alberta Health Services* (AHS), implanté depuis plus de 5 ans, offre gratuitement à ses employés divers services linguistiques dans la région de Calgary. Ces services, assurés par des interprètes certifiés, incluent :

- L'interprétariat en personne (région de Calgary seulement);
- L'interprétation au téléphone et par vidéoconférence;
- L'interprétation en langage des signes (ASL);
- La traduction de documents;
- L'évaluation de la capacité linguistique.

La plupart de ces services sont offerts en plus de 200 langues ou dialectes, dont le Français international et le Français canadien-français. La raison d'être de ce service est de répondre aux besoins d'une population albertaine culturellement et linguistiquement très diversifiée plutôt que de répondre à des facteurs de langues officielles. Les interprétations en Français canadien-français sont très rares (moins de 10/1 400 par mois).

Au **Manitoba,** l'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW) offre un programme complet gratuit d'interprétariat médical. Ce programme s'adresse à tous les clients en situation linguistique minoritaire. Les services sont disponibles sur rendez-vous en personne ou par vidéoconférence. Les interprètes peuvent également communiquer des messages aux clients pour des rendez-vous ou simplement pour des rappels. Le service d'accès linguistique est offert gratuitement aux patients de tout établissement subventionné par l'ORSW, à la société Action Cancer du Manitoba et aux médecins rémunérés à l'acte. Plusieurs établissements de santé canadiens se sont aussi dotés de services internes d'interprétation médicale qui sont à la disposition de leur personnel. Ces services ne sont pas nécessairement fournis par des interprètes certifiés et se composent souvent d'une liste d'employés qui connaissent des langues étrangères.

VII – RÉSEAUX SANTÉ EN FRANÇAIS

Mis en place il y a près de 10 ans, les Réseaux Santé en français contribuent à faire le pont entre le système de la santé et les communautés. Leurs relations avec le système de santé et ses acteurs peuvent être formelles, informelles ou consultatives, selon les besoins et les approches privilégiées dans chaque province et territoire.

Voici quelques exemples de rôles formels des Réseaux Santé en français :

- Le Conseil communauté en santé au Manitoba est le porte-parole officiel de la communauté d'expression française en matière de santé auprès du gouvernement depuis 2004;
- Le Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard est un modèle de Réseau Santé en français de type gouvernemental/communautaire où la coordination du Réseau est assurée par un fonctionnaire du gouvernement depuis sa mise en place en 2003-2004;
- Le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario a un mandat officiel de désignation des établissements pour les services en français depuis plus de dix ans et a été officiellement reconnu comme Entité de planification pour deux RLISS.

[37] http://www.phsa.ca/AgenciesAndServices/Services/Provincial-Language-Service/RessourcesFrancophones/default.htm

D'autres Réseaux Santé en français jouent aussi un rôle important en participant activement aux efforts de leur gouvernement et ministère de la santé pour la mise en œuvre de services de santé au niveau provincial et territorial. La Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick et le Réseau Santé Nouvelle-Écosse sont reconnus comme collaborateurs privilégiés des différents ministères reliés à la santé. Le Réseau-action communautaire joue un rôle de chef de file en matière de promotion de la santé au Nouveau-Brunswick.

Les approches systémiques décrites dans cette section constituent une des assises des services de santé culturellement et linguistiquement adaptés au Canada.

Approches systémiques

I. L'offre active
II. La désignation
III. Les programmes ou plans d'accès aux services
IV. Les mécanismes et postes de coordination provinciale
V. Les entités de planification
VI. Les services provinciaux ou régionaux d'accès linguistique
VII. Les Réseaux Santé en français

Cependant, malgré une volonté d'agir sur les facteurs systémiques, les transformations majeures qui s'opèrent couramment dans les systèmes de santé peuvent aussi générer des effets imprévus sur l'accessibilité aux services en français. Les exemples suivants ont été rapportés :

- Perte du statut de désignation suite à une fusion d'établissements où un établissement est désigné et l'autre ne satisfait pas aux critères de désignation;
- Disparition de postes bilingues lors de changements administratifs majeurs;
- Le statut de désignation d'un groupe peut entraîner une déresponsabilisation des autres groupes d'un même milieu face au développement de leur propre offre de services en français.

7 DIMENSION ORGANISATIONNELLE : DÉFINITION, APPROCHES ET PRATIQUES

7.1 Définition

Cette dimension du modèle touche à la fois les établissements de santé et les variables reliées à la gestion de ces organisations : leadership du conseil d'administration et de l'équipe de direction, priorités stratégiques, planification des services, allocation des ressources humaines, financières et technologiques, mise en œuvre des processus de soins, etc. Même si les professionnels de la santé sont responsables de la prestation des services et de la qualité des soins, les dirigeants et gestionnaires jouent un rôle clé dans l'organisation de ces services.

« L'amélioration des services de santé en français et leur adaptation aux valeurs et besoins des communautés francophones passent par un leadership efficace et une organisation appropriée des ressources. » [38]

Les organisations de santé ont donc la responsabilité de mettre en place un environnement, des politiques, des ressources humaines, financières et technologiques ainsi que de la formation continue pour offrir des services adaptés à la langue et à la culture des communautés qu'elles desservent.

La dimension organisationnelle est au cœur même des services de santé linguistiquement et culturellement adaptés. Les normes américaines CLAS ont été rédigées à l'intention des établissements de santé et les professionnels qui y œuvrent. Aux États-Unis, les initiatives qui ont fait avancer le dossier des normes se retrouvent principalement dans les dimensions organisationnelle et professionnelle.

7.2 Approches et pratiques

Au Canada, les systèmes de santé sont organisés selon des modes de livraison hiérarchiques par niveaux de services : soins primaires, soins secondaires et soins tertiaires/universitaires. La dimension organisationnelle comprend en grande partie des établissements anglophones ou quelquefois bilingues, qui relèvent de structures administratives et législatives très différentes d'une province à l'autre et qui ne répondent pas à des normes de qualité nationales. À titre d'exemple, l'agrément des établissements de santé n'est pas obligatoire dans toutes les provinces et territoires canadiens.[39]

Dans cette section, nous examinerons cinq modalités organisationnelles :

I. Hôpitaux universitaires francophones : Soins secondaires et tertiaires;

II. Centres de santé communautaires francophones : Soins primaires;

III. Établissements et organismes bilingues ou désignés;

IV. Établissements issus d'initiatives de communautés culturelles;

V. Modalités d'adaptation linguistique de l'offre de services dans les établissements.

I – Soins secondaires et tertiaires – Hôpitaux universitaires francophones (hors Québec)

Hôpital Montfort, Ottawa, Ontario[40]

Fondé en 1953, l'Hôpital Montfort est un centre hospitalier universitaire de 300 lits qui offre une gamme étendue de soins de courte durée. À l'Hôpital Montfort, la langue de travail est le français. Toutefois, tous les soins et services sont offerts dans les deux langues officielles.

Rappel historique

La Cour divisionnaire et la Cour d'appel de l'Ontario ont conclu que l'Hôpital Montfort est une institution essentielle à l'épanouissement de la communauté franco-ontarienne et que toute recommandation visant sa fermeture va à l'encontre du principe constitutionnel non écrit du respect de la protection des minorités. Les tribunaux indiquent clairement, pour la première fois, que Montfort étant essentiel pour la vitalité de la communauté, **il est inconstitutionnel de le fermer.**

[38] Vézina, S. *Gouvernance, santé et minorités francophones. Stratégies et nouvelles pratiques de gestion,* Les éditions de la francophonie, Moncton 2007.

[39] Tremblay S., Prata G., *Les normes de compétences culturelles et linguistiques en santé : étude exploratoire sur les normes américaines,* Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick, 2011.

[40] *Information extraite du site web http://www.hopitalmontfort.com/accueil.cfm*

Après avoir réussi à assurer sa survie grâce à la ténacité et à l'engagement de la communauté franco-ontarienne, l'établissement francophone possède aujourd'hui son propre institut de recherche affilié à l'Université d'Ottawa - Institut de recherche de l'Hôpital Montfort (IRHM). L'Hôpital Montfort adhère à la vision d'un *hôpital humaniste*. Il réalise cette vision en s'appropriant les meilleures pratiques dans le domaine de la santé, et ce, dans toutes ses sphères d'activité tout en utilisant les technologies les plus performantes dans le cadre d'une philosophie de compassion et d'attention personnalisée.

Hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont, Moncton, Nouveau-Brunswick
Le Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont est le principal établissement de la Zone Beauséjour du Réseau de santé Vitalité. Cet hôpital de 302 lits offre aux patients une gamme de services de santé de première ligne, spécialisés et de niveau tertiaire, tout en recourant à une technologie de pointe, et ce, dans la langue officielle choisie par l'usager. Un centre d'hébergement de 65 lits accueille les patients atteints de cancer en provenance de l'extérieur de la région immédiate de Moncton.

Le Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont est un centre de référence à l'échelle provinciale et un hôpital d'enseignement et de recherche. La Zone Beauséjour constitue un pôle d'excellence francophone à vocation universitaire en sciences de la santé dans les provinces de l'Atlantique.

Il nous apparaît important de mentionner quelques modèles de livraison de services innovateurs pouvant desservir les populations francophones, soit :

- Le programme **extra-mural** du Nouveau-Brunswick qui offre, à domicile, une vaste gamme de services de santé qui auraient autrement été dispensés en milieu hospitalier;
- Le **Guichet** à Ottawa, en Ontario, offre un point d'accès central pour des services en français en santé mentale, en toxicomanie et contre la dépendance aux jeux;
- Quelques hôpitaux généraux ou centres d'hébergement de longue durée à caractère principalement francophone dans certaines municipalités ontariennes (Hawkesbury, Cornwall) où la population francophone est importante;
- Des initiatives structurantes en soins de longue durée et en soins et services pour personnes âgées sont en cours au Manitoba et l'Île-du-Prince-Édouard.

II – CENTRES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES FRANCOPHONES – SOINS PRIMAIRES

Un modèle d'organisation de services de santé à participation communautaire émerge des modalités organisationnelles observées, soit les Centres de santé communautaires (CSC).

Le modèle du Centre de santé communautaire est un modèle de soins de santé primaires implanté dans plusieurs provinces canadiennes dont l'équivalent québécois est le Centre local de services communautaires (CLSC). Les CSC se caractérisent par une gouvernance communautaire, l'exercice de la profession en équipes interprofessionnelles et une approche centrée sur le patient. Les équipes d'intervenants regroupent, entre autres, des médecins, infirmières praticiennes, travailleurs sociaux, agents de promotion de la santé, travailleurs en santé communautaire, podologues, nutritionnistes, diététistes et bénévoles. Au **Manitoba**, un des pionniers, le Centre de santé Saint-Boniface, est un centre de santé primaire francophone qui offre des services bilingues à la population d'expression française de Winnipeg et aux résidents de Saint-Boniface. Les programmes et services du Centre sont offerts par une équipe interdisciplinaire afin de promouvoir la santé et de prévenir, traiter et gérer les problèmes de santé. Le Centre de santé Saint-Boniface est reconnu pour sa prestation de services de santé primaires innovateurs qui favorisent la santé et le bien-être de sa communauté et pour son modèle d'excellence.

Au **Nouveau-Brunswick**, les centres de santé communautaires offrent des services de promotion de la santé et de prévention de la maladie tout en assurant une utilisation efficiente des ressources professionnelles de la santé. Ils aident à transformer

le système de santé du Nouveau-Brunswick en plaçant les patients au premier plan. Le réseau des centres de santé communautaires du Nouveau-Brunswick comprend quelques centres francophones qui offrent des services en français et en anglais. En voici deux exemples :

- Le Centre de santé Médisanté Saint-Jean assure des soins de santé primaires de qualité à la collectivité francophone. Il offre des programmes et services de mieux-être et de promotion de la santé. Par l'entremise de Télésanté, Médisanté a également accès aux programmes et à l'expertise des autres centres.
- Le Centre de santé Noreen-Richard offre aux francophones du Grand Fredericton des soins de santé primaires grâce à une équipe collaborative de professionnels de la santé. Les services de médecins généralistes et autres professionnels de la santé sont offerts sur rendez-vous. Le personnel du centre de santé travaille en étroite collaboration avec ces partenaires afin de répondre aux besoins de la collectivité en matière de soins de santé.

La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité.

En **Ontario,** l'Association des centres de santé communautaires de l'Ontario a adopté la définition de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la Santé :

L'Ontario compte près de 75 centres de santé communautaire regroupés sous l'Association des centres de santé de l'Ontario. De ce nombre, 15 sont francophones ou bilingues. Ce sont tous des organismes à but non lucratif dirigés par un conseil d'administration composé de membres bénévoles. Les CSC fournissent des soins primaires en mettant l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. En outre, les CSC collaborent avec la population locale pour améliorer la santé collective.

À Edmonton en **Alberta,** le Centre Saint-Thomas (Centre de santé communautaire et Centre de santé Saint-Thomas)[41] est le premier centre de santé francophone de la province. Créé en 2007 suite aux efforts déployés par la communauté francophone d'Edmonton,[42] il comprend deux organisations distinctes qui font partie du Alberta Health Services : un centre de santé communautaire et un centre de soins continus pour les aînés.

Les services du Centre de santé communautaire Saint-Thomas fournissent des soins de santé primaires, déployés par une équipe interdisciplinaire, aux personnes de tous âges et à toutes les étapes de la vie. Le Centre offre aussi des programmes de Santé et Mieux-être afin de renseigner les individus et les groupes communautaires, notamment sur les saines habitudes de vie, la prévention des blessures et le traitement des maladies. De son côté, le Centre de santé Saint-Thomas offre des soins aux aînés, selon le concept albertain de Vieillissement chez soi, selon lequel une personne âgée peut demeurer au même endroit tout en ayant accès aux soins dont elle a besoin. Le Centre de santé Saint-Thomas gère des appartements ainsi qu'un centre de soins continus pour aînés, incluant une section pour personnes atteintes de démence.

Centre Saint-Thomas

Un défi majeur est d'assurer que le **critère de choix linguistique** soit considéré comme un facteur important dans l'évaluation des besoins des personnes âgées en attente d'hébergement par les comités régionaux de placement afin de permettre aux francophones qui le souhaitent d'être placés dans un milieu francophone

Après cinq ans d'existence, les Centres Saint-Thomas sont solidement ancrés dans leur communauté. La dotation de personnel francophone ne semble pas poser de problème pour le Centre de santé pour aînés, puisqu'il a pu compter, en partie, sur l'embauche récente d'une main-d'œuvre en provenance de pays francophones.

Il existe d'autres centres de santé communautaires francophones ou bilingues en **Nouvelle-Écosse** et à **l'Île-du-Prince-Édouard.**[43] En plus d'autres variantes de modèles d'organisation de services de santé primaires qui s'articulent autour des besoins des communautés telles que les Coop Santé au **Québec** et au **Nouveau-Brunswick**. Finalement, quelques établissements et foyers pour personnes âgées desservant les populations francophones en milieu minoritaire ont vu le jour dans les communautés francophones de certaines régions. Notons le Foyer Maillard à Maillardville en **Colombie-Britannique** et le Centre Actionmarguerite au **Manitoba** qui propose de l'hébergement et des services de santé communautaires, y compris des soins à domicile, des services de santé publique et de santé mentale.

III – ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES BILINGUES ET/OU DÉSIGNÉS

Au Canada, les soins nécessitant une hospitalisation ou des services spécialisés (cancer, santé mentale, réadaptation, etc.) se déroulent dans la plupart des cas dans des *établissements anglophones*. Nous avons fait un survol des sites web de plusieurs établissements de santé canadiens importants et nous avons constaté qu'un

[41] Site web http://www.cscst.ca/frhome
[42] Colette, D. Les francophones d'Edmonton prennent en charge la santé de leur communauté, Revue le Point, Été 2007.
[43] Site web du Regroupement canadien des associations de centres de santé communautaires http://www.cachca.ca/locations/nt.html

grand nombre d'entre eux affichent leur information en anglais seulement. Il est extrêmement difficile, sinon impossible, d'y trouver une référence sur les services linguistiques ou sur la possibilité de recours aux services d'interprètes.

Nous soulignons les efforts d'établissements anglophones du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest qui indiquent sur leurs sites web que les services pourraient être disponibles selon la présence de professionnels francophones, ou qui offrent de l'accompagnement afin de répondre aux besoins des clients en situation linguistique minoritaire.

Un certain nombre d'hôpitaux canadiens se définissent comme bilingues ou sont désignés pour offrir en totalité ou en partie des services de santé en français (en anglais au Québec). Aussi, certains programmes spécialisés sont parfois disponibles en français. L'étude sur l'offre de services de santé en français en contexte francophone, Forgues (2011)[44] a permis de mieux comprendre la réalité de quatre de ces établissements de santé anglophones ou bilingues en Ontario, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et au Manitoba.

Les résultats de cette étude mettent en évidence des facteurs d'influence qui débordent du contexte juridique entourant la création ou la désignation de ces établissements et qui ont une incidence directe sur l'offre de services en français. Ces facteurs incluent :

- La volonté administrative et le leadership des dirigeants;
- Les ressources humaines :
  - La disponibilité de ressources pour assurer l'offre de services linguistiques, c'est-à-dire les employés bilingues (dotation, recrutement, affichage, etc.);
  - La gestion des ressources humaines (planification, gestion, communication);
  - Les relations de travail;
- Le taux de bilinguisme dans l'organisation, l'environnement linguistique majoritaire et la perception des employés;
- Les compétences et la formation linguistique;
- L'offre et la demande de services en français.

Un des facteurs d'influence déterminants est le leadership des dirigeants. Sans une vision forte, bien communiquée et appuyée par des actions concrètes, il est extrêmement difficile de réaliser des progrès en matière d'adaptation linguistique et culturelle des services au sein d'un établishsement de santé. Les établissements américains cités comme modèles dans l'étude sur les normes américaines mentionnée précédemment ont tous démontré un leadership fort et engagé.

Les leaders canadiens des établissements de santé doivent être sensibilisés aux enjeux des barrières linguistiques et culturelles en santé. Aux problématiques déjà vécues par les communautés francophones de langue officielle, viendront s'ajouter les enjeux d'une diversité culturelle grandissante dans les communautés et incitera les dirigeants à considérer l'impact des barrières linguistiques et culturelles sur la qualité et la sécurité des services.

Malgré les cadres juridiques contraignants, les processus de désignation lourds et l'absence de données d'évaluation, Forgues (2011) note une avancée dans la langue de services des milieux étudiés, tout en reconnaissant que les défis à relever demeurent importants et que l'équilibre est toujours fragile entre la perception et la réalité. Par contre, dans plusieurs provinces canadiennes, l'accès à des services de santé en français demeure un enjeu de taille.

IV – ÉTABLISSEMENTS ISSUS D'INITIATIVES DE COMMUNAUTÉS CULTURELLES

Il est souvent difficile de faire l'argumentation des barrières linguistiques et culturelles en santé dans le contexte de la dualité linguistique et du bilinguisme canadien. Pourtant l'existence des barrières linguistiques et culturelles est bien réelle et certaines communautés culturelles ont décidé d'agir en créant des établissements de santé à caractère linguistique et culturel. Nous nous sommes intéressés à deux établissements qui permettent à des communautés culturelles de recevoir des soins et services de santé adaptés et qui font aujourd'hui partie du système de santé, et ce, en l'absence de conditions législatives qui auraient autorisé leur création :

- L'Hôpital Chinois de Montréal au Québec;
- *The Yee Hong Geriatric Care Centre* à Mississauga en Ontario.

L'Hôpital Chinois de Montréal, Québec

L'Hôpital Chinois de Montréal[45] fut incorporé en 1920 afin de fournir des services médicaux à la population chinoise de Montréal et des autres régions du Québec. Selon les lois du Québec, l'Hôpital doit être administré par un conseil d'administration dont trois des membres sont désignés par la Corporation. Cette dernière continue d'être propriétaire du terrain et du bâtiment et a reçu la désignation officielle comme Corporation propriétaire par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en 1996. Sa mission est de conserver et de sauvegarder les caractéristiques linguistiques et culturelles chinoises.

L'Hôpital Chinois de Montréal prodigue des soins médicaux et des services d'hébergement aux adultes et aux aînés, particulièrement d'origines chinoises et de l'Asie du Sud-Est.

[44] Forgues, É., Bahi, B., Michaud, J. L'offre de services de santé en français en contexte francophones, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, novembre 2011

[45] http://www.montrealchinesehospital.ca/fr/index_fr.html

L'Hôpital dispense ses services dans un environnement adapté aux valeurs, coutumes et traditions socioculturelles de ses usagers. Il offre également des services de diagnostic et de consultation médicale dans sa clinique externe ainsi que des services au Centre de Jour qui sont réservés aux membres aînés issus des communautés chinoises et de l'Asie du Sud-Est.

The Yee Hong Geriatric Care Centre de Mississauga, Ontario

Le *Yee Hong Centre for Geriatric Care*,[46] qui a ouvert ses portes en 1994, est un organisme à but non lucratif de la région de Toronto. Il est responsable de la planification et de la livraison d'un continuum de services culturellement adaptés afin de permettre aux personnes âgées d'origines chinoises ou asiatiques (incluant les communautés de l'Asie du Sud-Est, des Philippines et du Japon) de vivre de façon autonome, en dignité et en santé.

Le *Centre Yee Hong* gère 805 lits répartis dans quatre centres de soins de longue durée des régions de Scarborough, Markham et Mississauga et offre ses services à plus de 15 000 personnes de communautés ethniques diversifiées. Les services incluent des programmes communautaires, des services de réadaptation et d'hébergement. La plupart des services communautaires sont financés par les RLISS Central, Central Est et *Mississauga Halton*. En décembre 2009, les *Centres Yee Hong* ont été agréés par Agrément Canada pour une période de trois ans, reconnaissant ainsi qu'ils se conforment aux normes d'excellence pour la qualité de leurs services. Ils constituent un modèle de soins culturellement et linguistiquement adaptés et visent l'objectif stratégique de faire la promotion et de faciliter le développement de services de santé culturellement adaptés aux communautés ethniques.

V – MODALITÉS D'ADAPTATION LINGUISTIQUE DE L'OFFRE DE SERVICES DANS LES ÉTABLISSEMENTS

Au Canada, il n'y a pas de norme correspondant aux normes américaines pour encadrer une offre de services linguistiquement et culturellement adaptés en santé. Les six recommandations de l'étude canadienne sur l'utilisation des services gouvernementaux de langue française de l'Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques (ICRML)[47] s'apparentent à plusieurs des normes américaines CLAS et viennent ainsi soutenir la pertinence d'avoir des normes pour encadrer les pratiques.

Le champ d'application des normes CLAS est celui des établissements de santé alors que les recommandations de l'étude de l'ICRML visent les services gouvernementaux provinciaux. Même si elles ont été écrites dans le contexte de la Nouvelle-Écosse, elles sont applicables aux autres provinces et territoires canadiens.

Recommandations de l'étude de l'ICRML46

- Assurer l'offre de services gouvernementaux aussi bien à l'oral qu'à l'écrit
- Rendre bilingues les panneaux routiers, les affiches et enseignes provinciales et mettre en évidence le français sur les affiches dans les régions acadiennes
- Fournir des formulaires et de l'information écrite bilingue, plutôt que deux versions séparées
- Assurer une offre active des services gouvernementaux en français en affichant la disponibilité de service, en portant des épinglettes et en accueillant les clients de façon proactive aussi bien en français qu'en anglais
- Appliquer une stratégie de recrutement et de formation de fonctionnaires bilingues et conscients de l'utilisation des services gouvernementaux en français
- Développer une campagne provinciale de promotion de la langue française et des cultures francophone et acadienne

Dans les deux cas (normes CLAS et étude ICRML), nous constatons que les facteurs essentiels d'accessibilité linguistique ciblent des éléments similaires, soit :

1) Le bilinguisme du personnel;
2) La disponibilité des services d'interprétariat;
3) La visibilité de l'offre de services :
   a) L'information verbale et écrite;
   b) La disponibilité de documents écrits concernant les services disponibles et les droits d'accès linguistique;
   c) La signalisation.

[46] http://yeehong.com/centre/index.php

[47] *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.

Bilinguisme du personnel

Le personnel francophone ou bilingue demeure le véhicule privilégié en matière d'accessibilité linguistique. La désignation de postes bilingues permet d'établir à l'avance les capacités linguistiques requises pour un poste donné. Les services linguistiques régionaux peuvent mettre à la disposition des établissements leur expertise pour faire l'évaluation des capacités linguistiques des employés qui posent leur candidature. Ce service est offert par le Conseil communauté en santé du Manitoba qui a émis des lignes directrices à cet égard. Les programmes de formation linguistique viennent finalement combler les besoins et permettent au personnel d'accéder aux postes convoités.

Services linguistiques et interprétation médicale

Malgré le fait que les employés francophones demeurent l'approche privilégiée pour livrer des services en français, l'interprétation médicale est un élément essentiel d'une réponse globale en soutien direct aux professionnels de la santé. Dans certaines régions du pays, il s'avère impossible de rendre accessible aux minorités linguistiques, de façon continue, la gamme complète de services de santé en français, en se fiant uniquement à la présence d'intervenants bilingues. Le recours aux services d'un interprète demeure une option qui doit cependant être balisée et coordonnée.

Le tableau suivant présente les caractéristiques d'un service d'interprétation de qualité selon Sarah Bowen[48] *(résumé et traduction du texte par les auteurs)*.

Afin d'assurer la neutralité et les compétences des interprètes, un Code d'éthique et des normes de pratiques ont été adoptés par l'Office régional de la santé de Winnipeg en 2011. Voir annexe II.

Les normes américaines CLAS précisent qu'on doit éviter le recours aux membres du personnel non qualifié, à la famille ou à d'autres patients pour agir en tant qu'interprètes à moins que l'usager en fasse la demande. Le recours aux personnes non formées pour agir comme interprète comporte plusieurs risques tels que :

- Le manque de confidentialité;
- La distorsion ou censure de certaines informations découlant du manque de compréhension des concepts de santé et des termes médicaux;
- L'ajout ou la suppression d'information par la personne agissant comme interprète.

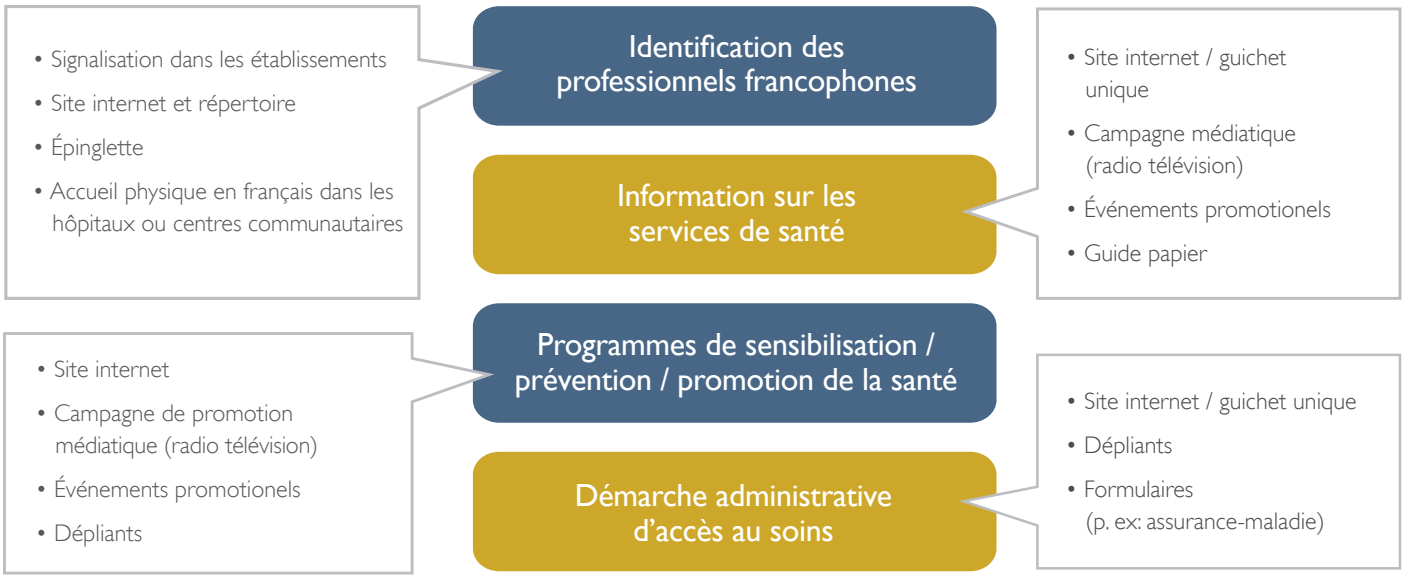
Les technologies actuelles de visioconférence permettent de mettre un patient francophone en lien avec un professionnel de la santé francophone ou d'inclure un interprète médical pour faciliter une consultation clinique en présence de barrières linguistiques. Les technologies de communication pourraient prendre de l'ampleur comme modalité d'accessibilité linguistique avec l'arrivée sur le marché d'outils intelligents de communication. Ces outils permettent la surveillance à distance et facilitent l'arrimage entre un patient et un intervenant francophone, soit dans une même région ou suivant des ententes interrégionales de service.

Caractéristiques d'un service d'interprétation de qualité	Caractéristiques du système de santé
• Normes pour le recrutement, la formation, l'évaluation et la pratique professionnelle des interprètes • Traitement éthique et équitable envers les interprètes • Flexibilité, capacité de répondre aux besoins des communautés ayant besoin des services • Service uniforme et disponibilité 24/7 • Capacité de mettre le client en lien avec l'interprète à tous les points de contact • Facilité d'accès pour les communautés et le système de la santé et capacité de fournir une réponse au bon moment • Systèmes informatiques appropriés • Visibilité du programme/service auprès des clients et des professionnels de la santé • Mécanismes de surveillance et d'évaluation	• Appui public fort pour les services provenant des plus hauts niveaux organisationnels • Imputabilité au plus haut niveau organisationnel • Politiques et procédures organisationnelles appropriées qui soutiennent l'accessibilité linguistique et à l'utilisation appropriée d'interprètes par le personnel de la santé • Intégration des services d'interprétariat à l'offre de services de la santé • Intégration du service à la planification stratégique globale et aux initiatives plus larges touchant la diversité • Stratégies pour assurer la contribution communautaire à la conception et à l'évaluation des services d'interprétation

[48] Bowen, Sarah. *Development of a Coordinated Response to Addressing Language Barriers within the Winnipeg Regional Health Authority – Final Report.* WRHA Language Barriers Project, juillet 2005.

La visibilité de l'offre de services

La visibilité de l'offre de services en français permet d'augmenter l'efficacité du système de santé ainsi que la satisfaction des communautés francophones et Acadienne qui utilisent ces services.[49] C'est un élément clé du concept de l'offre active et des normes américaines CLAS. Plusieurs éléments contribuent à rendre visible cette offre de services. Le tableau suivant, extrait du rapport de synthèse de de la Société Santé en français, met en évidence les modes de diffusion et de communication permettant d'accroître la visibilité de l'offre de services en français.



La collecte des données linguistiques sur la clientèle

Les études américaines soulignent l'importance de la collecte des données linguistiques sur la clientèle afin d'assurer une offre de services de santé adaptés aux besoins. Au Canada, il importe de noter l'absence de processus systématique de collecte de données permettant d'identifier la clientèle francophone ainsi que les préférences linguistiques de la clientèle.

Les données sur les préférences linguistiques permettraient de mieux connaître les besoins, de mieux planifier et d'adapter l'offre de services et d'alimenter les recherches portant la santé des communautés linguistiques minoritaires. De plus, il a été remarqué que le simple fait de demander aux clients leurs préférences linguistiques a pour effet de mettre en évidence les besoins et, en conséquence, d'amener les organisations de santé à enrichir la gamme de modalités d'accessibilité linguistique offertes.[50]

[49] Société Santé en français, *Préparer le terrain.* Synthèse 2004-2006

[50] Lawson, E.H., et al. Collection of Language Data and Services Provided by Health Plans. American Journal Management Care. 2011., 17 (12): e 479-487.

8 Dimension professionnelle : définition, approches et pratiques

8.1 Définition

Cette dimension du cadre conceptuel réfère aux pratiques professionnelles qui influencent la relation patient/professionnel incluant, la communication interpersonnelle, le processus de prise de décision clinique, les croyances et comportements tant du patient que de l'intervenant et la relation de confiance entre patient et intervenant. **Les barrières linguistiques contribuent aux risques d'erreurs dans les diagnostics et diminuent la probabilité de fidélité aux traitements.** [51]

Le professionnel de la santé et le patient apportent chacun leur propre perspective culturelle à l'épisode de soins. Le professionnel doit comprendre les impacts de son propre système de valeurs, de sa culture, de sa perspective et de son pouvoir dans sa relation avec le patient. Dans la relation entre le patient et le professionnel de la santé, **les barrières linguistiques déplacent davantage le pouvoir vers le professionnel.** [52]

Les professionnels de la santé ont la responsabilité de développer des attitudes, des comportements leur permettant de créer une relation de qualité avec chaque patient de langue ou de culture différente. **La pierre angulaire d'une offre de services de qualité est la communication entre le professionnel et le client.** [53]

Malgré le fait que les codes de déontologie des médecins, à l'exception du Québec, ne précisent pas de devoirs spécifiques en lien avec l'accessibilité linguistique, les dispositions traitant de la question du consentement éclairé et de la non-discrimination font en sorte que les barrières linguistiques peuvent compromettre le caractère éthique des soins professionnels.

« Trois formes que peut prendre la compromission du caractère éthique des soins sont :

a) Le défaut de fournir des soins conformes à la norme appliquée aux soins donnés à d'autres patients,

b) Le défaut de protéger la confidentialité des patients, et

c) Le défaut d'assurer adéquatement le consentement éclairé des patients aux traitements qu'ils subissent. » [54]

8.2 Approches et pratiques

Dans cette section, nous porterons un regard sur des approches canadiennes de formation, de sensibilisation et de soutien professionnel visant à appuyer l'acquisition de compétences culturelles et linguistiques par les professionnels et intervenants de la santé. La création aux États-Unis de l'*Office of Minority Health*, a eu un effet catalyseur sur le plan national grâce, entre autres, à ses formations en ligne qui ont permis la diffusion des connaissances et des meilleures pratiques auprès de divers groupes de professionnels.

Nous avons regroupé les modalités de soutien professionnel selon les catégories suivantes :

I. Promotion et sensibilisation à des pratiques culturellement et linguistiquement adaptées auprès des professionnels de la santé;

II. Formation linguistique et soutien aux compétences linguistiques;

III. Soutien direct à l'acte professionnel;

IV. Identification des professionnels pouvant offrir des services en français.

Ces différentes modalités viennent renforcer les efforts du CNFS pour la formation de professionnels de la santé francophones, pour la formation linguistique en français ainsi que toutes les mesures de soutien et d'outillage développées afin d'assurer la pleine intégration de ces professionnels dans les milieux de travail et dans les communautés.

I – Promotion et sensibilisation à des pratiques culturellement et linguistiquement adaptées auprès des professionnels de la santé

Guides, énoncés de position, études

Plusieurs études, énoncés de position ou documents d'information ont été rédigés au cours des dernières années par différentes associations et ordres professionnels de la santé dans le but de sensibiliser leurs membres respectifs aux aspects culturels et linguistiques reliés à l'acte professionnel.

[51] *Beaulieu, Marielle. Formation linguistique, adaptation culturelle et services de santé en français. Programme de formation linguistique et d'adaptation culturelle. SSF et CNFS. Octobre 2010.*

[52] *Francophones in Central Region: As Healthy as Can Be?* A Companion document to the Regional Health Authority - Central Manitoba Inc. 2009 Community Health Assessment, September 2010.

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

[54] Bowen, Sarah. *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Santé Canada. Novembre, 2001, p. 94.

Ces documents exposent les défis et les besoins de développement des compétences interculturelles qui émergent de la croissance des communautés ethnoculturelles au Canada. Ils font aussi la distinction entre deux objectifs de formation complémentaires :

- Diversité culturelle : *Améliorer les relations et les interactions entre les membres d'une équipe de travail culturellement diversifiés;*
- Compétence culturelle : *Améliorer la qualité des soins et des services à des patients d'origine culturelle diversifiée.*

Voici quelques exemples de documents, guides ou autres outils pour soutenir la compétence culturelle des professionnels de la santé :

- *Cultural Competence Guide for Primary Health Care Professionals in Nova Scotia*, Nouvelle-Écosse (2005);
- *Collaborer avec les Francophones en Ontario, De la compréhension du contexte à l'application des pratiques prometteuses*, Nexus Santé et Consortium pour la promotion des communautés en santé, Ontario (2009);
- Les compétences culturelles chez les intervenants, RIFSSSO, Ontario (2010);
- *Mettre en pratique les compétences culturelles. Trousse d'outils sur la diversité pour les services agréés en milieu résidentiel,* ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, Ontario (2008);
- *Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence Guidelines,* Registered Nurses' Association of Ontario, (2007).

Mesures de soutien à l'offre active – Manitoba
Le gouvernement du Manitoba a développé une série d'outils pour appuyer la politique d'offre active qui énonce que les services en langue française doivent être manifestes, accessibles et de qualité comparable aux services offerts en anglais. Ces outils comprennent :

- DVD d'orientation sur l'offre active des services en français au Manitoba;
- Dépliant sur le concept de l'offre active;
- Panneau officiel de l'offre de services gouvernementaux;
- Insigne magnétique pour identifier le personnel bilingue.

En complémentarité, le Conseil communauté en santé du Manitoba a développé des outils spécifiques à l'intention des **intervenants de la santé**, dont un atelier sur l'offre active. Ces mesures viennent sensibiliser **les professionnels de la santé** afin que l'offre active soit intégrée à leurs pratiques professionnelles.

Ateliers interactifs Coup d'œil sur l'Acadie – Nouvelle-Écosse 2011 [55]
Coup d'œil sur l'Acadie : Les Acadiens de la Nouvelle-Écosse et les services en français est un atelier d'un jour conçu pour aider les **fonctionnaires** à mieux comprendre l'engagement du gouvernement de la Nouvelle-Écosse à élaborer et à offrir des services en français. Il vise à accroître la sensibilisation à la réalité de la communauté francophone et acadienne et explique comment le contexte historique, social, économique et politique a servi de base à la Loi sur les services en français (2004) et au Règlement sur les services en français (2006) de la Nouvelle-Écosse.

Suite au succès de cette initiative, un deuxième atelier ciblant les pratiques des professionnels de la santé est en préparation. Le Réseau Santé Nouvelle-Écosse et le CNFS participent à ce projet et seront responsables de sa mise en œuvre.

Prix d'excellence Bonjour! pour les services en français – Nouvelle-Écosse
Les Prix d'excellence *Bonjour! pour les services en français* reconnaissent les contributions exceptionnelles des **employés du gouvernement** de la Nouvelle-Écosse à l'élaboration et à la prestation de programmes et services en français. Les prix encouragent et inspirent les fonctionnaires à répondre de façon proactive aux besoins de la communauté acadienne.

Ces deux exemples permettent une sensibilisation des acteurs agissant directement aux niveaux législatif et opérationnel tout en favorisant le développement de compétences reliées à la culture francophone et acadienne, ce qui renforce l'adoption d'une approche systémique aux enjeux d'accessibilité linguistique et culturelle.

Cadre de référence à l'offre active [56] **– CNFS 2012**
Le CNFS a développé un cadre de référence pour l'offre active afin de conscientiser les professionnels de la santé aux pratiques et aux valeurs qui sous-tendent leurs interactions avec les clients. **Les professionnels de la santé** sont appelés à intégrer l'offre active dans leur pratique dans une approche centrée sur le client. Tout en reconnaissant la nature systémique et organisationnelle des enjeux entourant l'offre active, la capacité du professionnel à communiquer clairement et efficacement avec ses patients est reconnue comme essentielle. Les institutions de formation en santé seront appelées à former les **étudiants** pour que ces derniers puissent acquérir un profil de connaissances, de compétences et d'attitudes inhérentes à l'offre active.

Développement des ressources médicales francophones : Feuille de route de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) et de ses partenaires Projet
Ce projet conjoint du Groupe Ressources pour les communautés francophones minoritaires du Canada de l'AFMC, de la Société Santé en français, du Consortium

[55] *Site web de l'Office des Affaires Acadiennes http://www.gov.ns.ca/acadian/fr/at-a-glance-workshop.htm*
[56] *Lortie, Lise et Lalonde, André J. Cadre de Référence pour la formation à l'offre active des services de santé en français. CNFS. Janvier 2012.*

national de formation en santé et des Médecins francophones du Canada (MdFC) propose une feuille de route constituée de recommandations et d'un plan d'action qui appuie le développement et le déploiement de médecins francophones basées sur des stratégies complémentaires. Certaines d'entre elles visent à augmenter et à améliorer les compétences linguistiques et culturelles des étudiants et des professionnels en poste. Quelques exemples d'activités à mettre en place :

- Activités thématiques de réseautage entre **étudiants de médecine** parlant le français, ou entre étudiants, résidents et médecins francophones;
- Ateliers de formation accordant des crédits de formation continue : terminologie médicale en français (CNFS Ottawa) ou formation en compétences culturelles (Saskatchewan);
- Formations médicales continues et interdisciplinaires (Médecins francophones du Canada).

II – FORMATION LINGUISTIQUE ET SOUTIEN AUX COMPÉTENCES LINGUISTIQUES

L'un des enjeux de base pour augmenter l'accès aux soins et services en français aux communautés francophones en milieu minoritaire demeure la disponibilité d'une main-d'œuvre suffisante, ayant les compétences linguistiques et culturelles appropriées et qui travaille dans des milieux (établissements, cliniques, organismes communautaires, etc.). Les approches présentées visent prioritairement **les professionnels et les intervenants de la santé** déjà en poste et qui souhaitent développer leurs compétences linguistiques afin de mieux servir leurs patients.

Programmes de formation linguistique de Santé Canada 2009-2013

Le projet Formation linguistique et adaptation culturelle (FLAC) et le projet de ressources humaines (RH+) sont des volets du Programme de contribution pour les langues officielles en santé issu de la Feuille de route pour la dualité linguistique canadienne 2008-2013. Le projet FLAC s'inscrit en continuité avec les grandes orientations de la Société Santé en français et du Consortium national de formation en santé en matière de ressources humaines. Le FLAC vise les résultats suivants :

- L'augmentation du nombre **de professionnels de la santé** pour répondre aux besoins en services de santé des communautés de langues officielles en situation minoritaire;
- La coordination et l'intégration accrues des services de santé offerts aux Communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) au sein des institutions et des communautés.

L'initiative RH+ a permis à la Société Santé en français de mettre en œuvre et d'appuyer la réalisation de projets structurants et d'études permettant de générer et de partager de nouvelles connaissances. L'initiative du FLAC a aussi permis l'élaboration et la mise en place de nombreuses approches de formation et d'initiatives de maintien en poste à travers le pays pour les professionnels francophones et anglophones en milieux minoritaires.

Cahier d'apprentissage autonome à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux : Infirmières et infirmiers de Triage[57] Projet formation en anglais

L'Université McGill a développé, en collaboration avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), des outils à l'intention des infirmiers et infirmières de triage comprenant des CDs d'apprentissage autonome et un guide d'animation. Cette collaboration de l'OIIQ à la création de formations linguistiques spécifiques aux secteurs d'activités des soins infirmiers facilite l'apprentissage et l'acquisition de communication professionnelle efficace et sécuritaire dans un contexte spécifique de travail.

Bourse d'incitation au recrutement

Grâce aux efforts du Conseil communauté en santé du Manitoba, une bourse d'incitation au travail pour les infirmières et infirmiers qui comblent un poste nécessitant le bilinguisme a été créée par le Fonds pour le recrutement de personnel infirmier et le maintien des effectifs (FRPIME). Cette bourse sera en vigueur le 1er avril 2012.

III – SOUTIEN DIRECT À L'ACTE PROFESSIONNEL

Services d'interprétariat[58] médical en appui aux professionnels en fonction

Les services d'accès linguistique par des interprètes qualifiés sont une des modalités mises à la disposition des professionnels de la santé pour leur permettre de bien communiquer avec leurs patients. À l'Office régional de la santé de Winnipeg au Manitoba, les services d'accès linguistiques ont développé une foule d'outils pour faire la promotion d'une communication claire, sécuritaire et efficiente afin d'appuyer le recours aux services d'interprètes qualifiés. Ces outils incluent, entre autres, des cartes d'identification de la langue souhaitée, des directives pour faciliter l'utilisation des services et des formulaires. Ces services sont offerts gratuitement aux professionnels de la santé et ces derniers sont encouragés à y recourir.

Campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant

L'Association des infirmières et des infirmiers autorisés de l'Ontario fait présentement la promotion de la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant! (SSPSM) qui vise à améliorer la sécurité des soins offerts aux patients au Canada par l'apprentissage, le partage et la mise en œuvre de stratégies qui ont permis de réduire les événements indésirables évitables. Il serait intéressant d'y greffer des stratégies reliées aux barrières linguistiques.

[57] *http://www.mcgill.ca/hssaccess/fr*
[58] *http://www.wrha.mb.ca/professionals/language/index.php*

IV – L'IDENTIFICATION DES PROFESSIONNELS POUVANT OFFRIR LES SERVICES EN FRANÇAIS

Les ressources humaines sont la pierre angulaire des systèmes de santé. Un des meilleurs moyens de connaître la situation réelle concernant les langues officielles parlées par les professionnels de la santé demeure l'identification des capacités linguistiques des professionnels par les organismes qui les représentent.

La langue dans laquelle les intervenants en santé peuvent livrer des services et interagir avec les clients n'est pas une variable qui est systématiquement saisie. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) administre une base de données nationale des ressources humaines. Il serait possible d'y inclure des variables appropriées mesurant la capacité des intervenants de la santé et des services sociaux d'offrir des services en français, et ce, dans la mesure où ces données sont saisies à la source par les associations ou ordres professionnels de la santé.

Une étude du Consortium national de formation en santé et de la Société Santé en français[59] confirme que la connaissance détaillée des capacités de la main-d'œuvre à offrir des services en français est un facteur essentiel pour assurer la planification et la gestion des ressources humaines en fonction des besoins des populations et des communautés. Ces données sont encore plus importantes en contexte minoritaire.

La Société Santé en français a aussi entrepris en 2011 une tournée **des associations professionnelles nationales** afin de les convaincre d'inscrire les capacités linguistiques de leurs membres dans leurs formulaires d'inscription. Ce processus de sensibilisation doit aussi se poursuivre auprès des associations aux niveaux provincial ou territorial.

Projet soins infirmiers en français
Lancé en janvier 2006 par l'Association des **infirmières et infirmiers** du Canada (AIIC) et parrainé par Santé Canada et la SSF, le *Projet soins infirmiers en français*[60] avait pour but d'établir les fondements pour accroître l'accès à des services infirmiers de qualité en français aux communautés francophones en situation minoritaire. Suite à ce projet, l'ajout de la question linguistique au formulaire de permis de pratique permet aux associations et collèges provinciaux et territoriaux de répertorier les infirmiers francophones au pays. Des outils de réseautage pour les soins infirmiers ont été développés.

Argumentaire pour des services de soins de santé en français de qualité
Le Conseil communauté en santé du Manitoba a réalisé en 2011 une Étude exploratoire sur les compétences linguistiques à l'embauche qui lui a permis d'obtenir : un état sommaire de la réalité des principales institutions responsables de livrer des services en français au Manitoba, un résumé de la jurisprudence canadienne ainsi que la situation des conventions collectives à ce sujet et d'identifier des stratégies en termes de ressources humaines. De cette étude est découlé un Argumentaire pour des services de soins de santé en français de qualité (2012). L'objectif est de fournir des arguments et des outils pour permettre aux **professionnels de la santé,** aux **gestionnaires**, aux **membres de conseils d'administration** et à toute autre personne intéressée au développement des services de santé en français de démontrer l'importance et l'impact des services sur la santé des communautés francophones au Manitoba.

Répertoires de professionnels de la santé par les Réseaux Santé en français
Les répertoires de professionnels de la santé développés par les Réseaux Santé en français constituent à l'heure actuelle la seule banque de données sur les professionnels de la santé pouvant offrir des services de santé en français. Comme ces répertoires sont créés à partir d'une inscription volontaire, qu'ils ne sont pas normalisés et que leur mise à jour n'est pas toujours systématique, ils ne peuvent servir d'indicateur fiable de l'offre de services en français d'une province ou d'une localité donnée.

[59] La santé des francophones en situation minoritaire : un urgent besoin de plus d'informations pour offrir de meilleurs services, CNFS et SSF 2011.
[60] AIIC. *Projet soins Infirmiers en Français : Rapport de Synthèse*. Août, 2007.

9 Constats et pistes d'orientation

La description des pratiques favorisant des services de santé linguistiquement et culturellement adaptés présentée aux chapitres précédents n'est certes pas exhaustive, ni suffisante pour permettre une analyse plus détaillée ou pour systématiser les pratiques et en élargir la diffusion. Toutefois, elle permet de saisir le contexte plus général dans lequel ces pratiques s'inscrivent et indique les pistes à suivre pour enrichir et poursuivre la réflexion.

Dans ce chapitre, nous présenterons quelques observations et constats généraux qui découlent de notre étude afin de faire ressortir les caractéristiques d'une offre de services linguistiquement adaptée au Canada. Finalement, nous présenterons quelques pistes de réflexion sur le rôle que pourraient jouer des normes de compétences linguistiques et culturelles adaptées en santé dans le contexte canadien.



9.1 CONSTATS GÉNÉRAUX

Contexte général

- Au Canada, la dualité linguistique relève d'histoire, de droits et de lois. Chaque province ou territoire a adopté une approche qui lui est propre;
- En santé, le pouvoir est décentralisé aux provinces et territoires malgré l'existence d'un système national d'assurance-santé. Aucune mesure constitutionnelle n'a été prévue permettant de garantir les droits des minorités linguistiques de langues officielles dans le domaine de la santé;
- Il y a un lien direct entre l'existence d'un cadre législatif provincial sur les services en français et le développement d'approches d'accessibilité linguistique aux services de santé.

Dimension systémique

- Les approches identifiées dans cette étude visent principalement l'accessibilité linguistique avec peu de mesures d'adaptation culturelle. Les compétences culturelles sont habituellement abordées en lien avec les nouveaux arrivants et les communautés autochtones;
- Un cadre législatif ou réglementaire sur les services en français est nécessaire pour assurer la pérennité d'une offre de services significative et intégrée dans chaque province. Certaines initiatives peuvent exister en l'absence de lois ou règlements, mais la portée de l'offre de services qui en découle est limitée;
- Il existe une variété d'approches systémiques provinciales pour favoriser l'accès aux services de santé en français. Aucune approche ne fonctionne seule. L'association de plus d'une approche contribue à une offre plus significative de services en français;
- Il est difficile d'évaluer l'impact des mesures mises en place en l'absence de données probantes résultant d'évaluations et de recherches.

Dimension organisationnelle

- Afin d'assurer une prise en charge adaptée, il est important d'avoir des établissements francophones ou bilingues en soins de santé primaires. Ces établissements facilitent la prise en charge des clientèles francophones et contribuent à l'intégration de services en français dans les systèmes de santé;
- Les défis d'accessibilité linguistique pour les minorités s'accentuent au niveau des soins secondaires, tertiaires et spécialisés (santé mentale, cancer, réadaptation). Les options sont plus limitées ou ne sont pas disponibles dans plusieurs provinces. L'accessibilité aux services en français dépend en grande partie de la disponibilité et de l'identification du personnel ayant la capacité d'offrir des services en français;
- Les services d'accès linguistiques et d'interprétariat existent, mais semblent très peu utilisés par les communautés francophones dans certaines régions, ce qui pourrait indiquer qu'ils ne répondent pas à leurs besoins spécifiques;
- La faible capacité des systèmes de santé à s'adapter aux besoins culturels et linguistiques risque de s'accentuer avec les changements démographiques au Canada et risque d'engendrer la création de structures parallèles. Les communautés culturelles ont déjà commencé à s'organiser au Canada pour se doter de services de santé culturels et linguistiques plus appropriés.

Dimension professionnelle

- De façon générale, il n'existe pas de normes explicites encadrant la communication entre les minorités linguistiques et les professionnels de la santé;
- Les meilleurs services sont ceux dispensés par des employés francophones ou bilingues. Des efforts de formation linguistique pour le personnel ayant déjà une capacité linguistique en français sont nécessaires. Par contre, la formation seule ne pourra combler la demande dans le contexte canadien;
- La sensibilisation culturelle est en émergence au sein des gouvernements, des établissements de santé et des organismes représentant les professionnels. Cette sensibilisation vise la formation générale, la formation continue, le perfectionnement professionnel, ainsi que la formation en milieu de travail;
- L'absence de collecte de données systématiques sur les capacités linguistiques des professionnels de la santé demeure un problème important pour la planification et l'organisation de services linguistiquement adaptés.

9.2 DÉMARCHES POUR PROMOUVOIR L'ACCESSIBILITÉ LINGUISTIQUE EN SANTÉ

De façon générale, l'accès à une offre significative de services de santé en français en milieu minoritaire, tel qu'observé dans notre étude, s'insère dans une approche hiérarchique où chaque étape sert de fondement à la suivante :

- Un encadrement législatif pour concrétiser l'engagement et l'intention politiques;
- La désignation pour concentrer les efforts dans des lieux où les populations francophones sont en nombre suffisant;
- L'application d'approches systémiques afin d'assurer une offre significative;
- Des lieux où les services sont offerts, des dirigeants engagés ainsi que des ressources humaines qualifiées.

Les modalités ou approches au niveau systémique présentées sont relativement récentes, elles visent principalement l'accessibilité linguistique et n'ont pas généré de données probantes pour permettre l'évaluation de l'impact sur l'accès aux services en français en contexte minoritaire.

Malgré son caractère hiérarchique, le système de santé se caractérise par un fonctionnement en silos. Dans le contexte des minorités linguistiques, le développement de trajectoires ou continuum de services intégrés demeure à la fois une solution et un défi de taille pour assurer un accès à des services de santé en français, et ce, pour tous les niveaux de soins.

Rôle des Réseaux Santé

Notre étude a également permis de constater l'importance du rôle que peuvent assumer les communautés dans le domaine de la santé. La création des Réseaux Santé en français, il y a près de dix ans, constitue un élément déterminant. Nous croyons qu'il existe un lien direct entre la croissance des services en français dans les provinces et l'action des Réseaux et des communautés sur le terrain.

Même dans les provinces où l'offre demeure faible, les initiatives et les projets mis de l'avant par les Réseaux Santé en français sont le reflet de la volonté de la communauté d'agir pour améliorer leur accès aux services de santé. Toutefois, les résultats demeurent difficiles à quantifier en l'absence de données associées à l'accessibilité linguistique.

Nous avons tenté de dresser un portrait par province et par territoire de l'offre de services en français au sein du système de santé à partir de critères systémiques et organisationnels. Cette synthèse confirme que trois provinces affichent un niveau relativement élevé d'adaptation de leur offre de services de santé en français (le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba). D'autres provinces, comme la Nouvelle-Écosse, sont en voie de rehausser leur offre de services.

Le tableau suivant illustre l'approche hiérarchique ainsi que l'influence des réseaux et des communautés



9.3 COMPÉTENCES LINGUISTIQUES ET CULTURELLES – LE RÔLE DES NORMES

La présente étude démontre la pertinence d'une approche normative pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services de santé en contexte minoritaire.

L'approche normative constitue un levier puissant pour situer le discours d'accessibilité linguistique et culturelle dans un contexte reflétant les valeurs centrales des organisations et professionnels de la santé – la qualité, l'efficience et la sécurité des services.

Le leadership des dirigeants est un facteur clé dans le soutien organisationnel accordé pour la mise en œuvre des normes. Les professionnels de la santé sont responsables de l'application des normes dans la relation avec leurs clients. Finalement, les Réseaux Santé en français communautaires peuvent agir en soutien aux établissements et aux professionnels de la santé dans leurs efforts pour offrir des services de santé adaptés aux besoins linguistiques et culturels des communautés.

Les normes américaines CLAS

Les normes américaines pour des services culturellement et linguistiquement appropriés ont permis la réalisation de modalités d'accessibilité linguistique dans les établissements de santé aux États-Unis. Ces normes définissent aussi la notion de compétences culturelle et organisationnelle. Les normes CLAS regroupent, dans un même cadre, trois thématiques essentielles à l'amélioration des services aux populations minoritaires et à la réduction des disparités en santé, soit :

- Les soins culturellement compétents;
- Les modalités d'accessibilité linguistique;
- Les éléments clés d'un soutien organisationnel à la compétence culturelle.

On retrouve certains éléments des normes CLAS dans plusieurs des approches au niveau systémique décrites dans ce rapport. Par exemple, le critère ontarien de désignation « assurer la présence de francophones au sein du conseil d'administration et de la haute direction ». S'apparente aux normes CLAS Nº 2 et Nº 12 qui précisent que :

- « l'établissement doit s'assurer de recruter, retenir et promouvoir à tous les niveaux de l'organisation un personnel diversifié et un leadership qui est représentatif des caractéristiques de la population desservie » - Norme CLAS Nº 2;
- « l'établissement doit développer des partenariats participatifs et collaboratifs avec les communautés » - Norme CLAS Nº12.

Les critères de l'offre active au Manitoba (voir page 27) correspondent aux normes CLAS d'accessibilité linguistique, les normes 4 à 7.

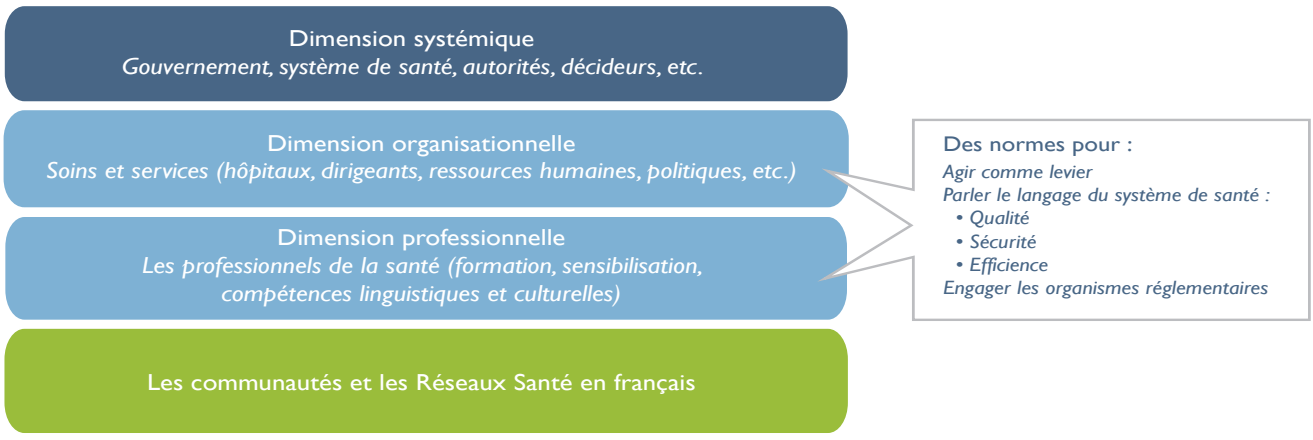
Les normes et les organismes d'agrément

Les normes CLAS ont servi de levier d'influence auprès des organismes nationaux américains d'agrément en santé. Ces derniers ont graduellement adopté les principes sous-jacents aux normes CLAS et adapté leurs propres normes pour prendre en compte les enjeux de communication et de compétences culturelles et linguistiques en santé.

En s'inspirant des normes CLAS, des critères de l'offre active et des critères de désignation, des discussions pourraient être entreprises auprès d'Agrément Canada, de l'Institut pour la sécurité des patients et d'autres interlocuteurs représentant les professionnels de la santé pour faire en sorte que les normes existantes soient plus explicites en ce qui concerne la compétence linguistique et la réduction des barrières linguistiques en santé. Un tel travail a déjà été amorcé en 2007 par le Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard et constitue toujours en 2012 une piste d'action prometteuse.

Une autre approche à considérer serait l'élaboration de normes canadiennes de compétences linguistiques et culturelles à partir du concept de l'offre active. Ceci permettrait, par la suite, le développement de critères d'application qui pourraient tenir compte de l'environnement de la santé au Canada ainsi que des contextes provinciaux et territoriaux.

LE GRAPHIQUE SUIVANT SITUE L'IMPACT DES NORMES SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ PRINCIPALEMENT AU NIVEAU DES DIMENSIONS ORGANISATIONNELLES ET PROFESSIONNELLES.



10 CONCLUSION

La présente étude a permis de dresser un portrait global de la situation en matière d'accessibilité linguistique à des services de santé en français pour les communautés francophones et Acadienne vivant en milieu minoritaire au Canada.

Afin d'assurer la qualité et la sécurité des services de santé, les gouvernements, les gestionnaires et les professionnels doivent nécessairement tenir compte des barrières linguistiques qui représentent non seulement un obstacle sur le plan de l'accessibilité, mais également des opportunités pour la réalisation de gains d'efficience et d'efficacité dans la livraison des services de santé.

Les Réseaux Santé en français jouent un rôle de premier plan dans l'identification de solutions adaptées à la réalité canadienne. Les communautés francophones et Acadienne du Canada ont démontré, au cours des dix dernières années, leur capacité à s'organiser, à créer des partenariats et à mettre en place des solutions novatrices pour participer activement à l'amélioration de leur santé.

Différentes approches ont été développées et mises en œuvre dans certaines provinces et territoires afin d'assurer une offre de service linguistiquement adaptée. En l'absence de telles modalités ou de lieux de services francophones, cette offre demeure faible.

L'approche normative a fait ses preuves aux États-Unis et continue à faire progresser la compréhension de l'impact des barrières linguistiques et culturelles en santé. L'approche normative combinée à différentes modalités mises en place au Canada pour favoriser l'accessibilité linguistique pour les minorités de langues officielles pourrait s'avérer une voie d'avenir prometteuse.

Au Canada, les normes de compétences culturelles et linguistiques en santé représentent une approche novatrice. Leur intégration de façon explicite dans les normes nationales reconnues et dans les codes de déontologie des professionnels de la santé pourra avoir un impact positif sur la qualité et la sécurité des services de santé.

BIBLIOGRAPHIE

Références :

- 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
- Association médicale canadienne 11e Bulletin national annuel sur la santé, Août 2011
- Aucoin, Léonard. (mars 2008). *Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé, analyse critique de la littérature.* Société Santé en français.
- Beaulieu, Marielle. *Formation linguistique, adaptation culturelle et services de santé en français.* Programme de formation linguistique et d'adaptation culturelle. SSF et CNFS. Octobre 2010
- 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.
- Bowen Stevens S. Community-based programs for a multicultural society: a guidebook for service providers, 1993. Winnipeg: Planned Parenthood Manitoba.
- 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.
- Bureau d'appui aux communautés de langue officielle. *Évaluation de la validité des preuves présentées dans l'étude intitulée «Language Barriers in Health Care Settings : An annotated Bilbliography of the Research Littérature*, Santé Canada, Janvier 2008
- California Endowment, *A Manager's Guide to Cultural competence education for Health Care Professionals,* Gilbert Jean Editor
- Campbell S. Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé. Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, OMS 2009
- 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.
- CNFS et SSF *La santé des francophones en situation minoritaire : un urgent besoin de plus d'informations pour offrir de meilleurs services*, 2011
- Colette, Denis. *Les francophones d'Edmonton prennent en charge la santé de leur communauté,* Revue le Point, Été 2007
- 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.

- Forgues, É., Bahi, B., Michaud, J. *L'offre de services de santé en français en contexte francophones,* Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, novembre 2011
- *Francophones in Central Region: As Healthy as Can Be?* A Companion document to the Regional Health Authority - Central Manitoba Inc. 2009
- Frank JR et S. Brien, *Les compétences liées à la sécurité des patients – L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé.* Ottawa (Ontario); Institut canadien pour la sécurité des patients; 2008.
- 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
- Johnson, M. *À double tranchant. La politique linguistique à l'égard du français au Québec et au Canada* ICMRL, novembre 2009
- Lortie, Lise et Lalonde, André J. *Cadre de Référence pour la formation à l'offre active des services de santé en français.* CNFS. Janvier 2012.
- 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.*
- Organisation mondiale de la Santé. *Vers l'Unité pour la Santé : Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé.* Document de Travail. Genève, 2002
- 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 2007). *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.*
- Santé Canada. *Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français.* Rapport au ministre fédéral de la Santé. Février 2007
- Secrétariat aux affaires francophones (mars 1999). *Politique sur les services en langue française.* Gouvernement du Manitoba.
- Segalowitz, Norman, Kehayia, Eva # 2011 La Revue canadienne des langues vivantes, 67, 4 (novembre), 480–507 doi:10.3138/cmlr.67.4.480
- Scoffield H., La Presse Canadienne, Ottawa 8 janvier 2012
- Snowden, A. Cohen, J. *Strengthening Health Systems Through Innovation: Lessons Learned.* International Centre for Health Innovation. 2011
- Société Santé en français, Préparer le terrain. Synthèse 2004-2006
- Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick, Réseau-Action formation et recherche. *L'offre de services dans les deux langues officielles dans le domaine de la santé – À nous d'y voir!*
- Spiegel, J, Cobb, A., *Developing the Business Case for culturally and linguistically appropriate services in health care,* American Public Health Association, November 2007
- Tremblay S., Prata G. *Les normes de compétences culturelles et linguistiques en santé : étude exploratoire sur les normes américaines.* Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick, 2011
- Vaillancourt, F., Coche, O., Cadieux, M-A., Ronson, JL., *Official Language Policies of the Canadian Provinces. Costs and benefits in 2006,* Fraser Institute January 2012.
- Vézina, S. *Gouvernance, santé et minorités francophones. Stratégies et nouvelles pratiques de gestion,* Les éditions de la francophonie, Moncton 2007
- Wu, E.; Martinez, M. (California Pan-Ethnic Health Network). (2006). *Taking Cultural competency from theory to action,* The Commonwealth Fund.

LISTE DES PERSONNES QUI NOUS ONT ACCORDÉ UNE ENTREVUE DANS LE CADRE DE CETTE ÉTUDE :

Élise Arsenault
Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard

Louise Behiel
Interpretation and translation Service, Alberta Health Services

Paula Rozanski
Centre de santé Saint-Thomas, Edmonton, Alberta

Gaston Saulnier
Office des affaires acadiennes de la Nouvelle-Écosse

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

LES PERSONNES SUIVANTES NOUS ONT FOURNI DES INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES PERTINENTES À NOTRE ÉTUDE :

Daniel Hubert
Réseau de Santé en français au Nunavut

Monique Langis
Réseau-action Formation et recherche du Nouveau-Brunswick

Cindie LeBlanc
Secrétariat francophone de l'Alberta

Isabelle Morin
Réseau des services de santé de l'Est de l'Ontario

Luc Therrien
Réseau santé albertain

Jean de Dieu Tuyishime
Réseau TNO Santé en français des Territoires du Nord-Ouest

Annexe I – les normes CLAS

Le tableau suivant présente les normes CLAS dans leur formulation d'origine, soit en anglais.

Soins culturellement compétents (Normes 1-3)

Directives 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.*

Annexe 2 – Extrait du code d'éthique des interprètes de l'Office régional de la santé de Winnipeg [61]

Code of Ethics for Interpreters

Accuracy and Fidelity – Interpreters render the original message accurately and faithfully into the target language.

Confidentiality – Interpreters treat as private and confidential all information learned in the performance of their professional duties and adhere to requirements regarding disclosure.

Impartiality – Interpreters maintain impartiality, refrain from counseling, advising or projecting personal biases or beliefs and disclose potential or actual conflicts of interest.

Respect – Interpreters treat all parties with respect and support mutually respectful relationships among all parties.

Cultural Responsiveness – Interpreters are aware of cultural similarities and differences encountered in the performance of their duties.

Role Boundaries – Interpreters maintain the boundaries of their professional role and refrain from personal involvement.

Accountability – Interpreters maintain high quality in the performance of their professional duties and adhere to standards of practice, policies and legislative requirements.

Professionalism – Interpreters conduct themselves in a professional and ethical manner.

Professional Development – Interpreters continually further their knowledge and skills, through independent study, continuing education and actual interpreting practice.

[61] *WRHA* Language Access Code of Ethics and Standards of Practice for Interpreter, *Révisé en janvier 2011*.

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