

INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL



Programme d'accès aux services de santé
et aux services sociaux
en langue anglaise
de l'Institut universitaire de cardiologie et
de pneumologie de Québec – Université Laval
2023-2026

18 février 2020

COMITÉ RESPONSABLE DE L'ÉLABORATION DU PROGRAMME D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC – UNIVERSITÉ LAVAL 2020-2025

Joël Clément, conseiller en communication à la Direction des ressources humaines et des communications

Suzanne Imbeault, chef du Service d'échocardiographie, d'électrocardiographie et de médecine nucléaire à la Direction des services multidisciplinaires

Sandra Laliberté, adjointe au directeur des services professionnels, affaires médicales à la Direction des services professionnels

Hélène Lizotte, conseillère-cadre à la Direction générale

Michelle Martineau, chef de service à la Direction des soins infirmiers

RÉVISION ET APPROBATION

Denis Bouchard, président-directeur général

Isabel Roussin-Collin, directrice générale adjointe du programme de santé physique et directrice de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique

COLLABORATEURS

Anne Duchesne, agente de planification de programmation et de recherche – dossier langue anglaise, Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's

Myriam Duplain, agente de planification, de programmation et de recherche, Service Surveillance de l'état de santé et de ses déterminants, Direction de santé publique, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Carrie Anna McGinn, agente de planification de programmation et de recherche – dossier langue anglaise, en prêt de service de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's

Community Health and Social Services Network (CHSSN)

Service communautaire en langue anglaise Jeffery Hale – Équipe de soutien à domicile

Table de concertation Jeffery Hale

Approuvé le 26 septembre 2019 par le comité de direction

Déposé le 23 octobre 2019 au Comité régional sur les programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale

Déposé le 18 novembre 2019 au comité sur l'accès aux soins et aux services

Adopté par le conseil d'administration le 18 février 2020

Dans cet ouvrage, la forme féminine ou masculine est utilisée sans discrimination, dans le seul but d'alléger le texte.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ANNEXES.....	IV
DÉFINITIONS	V
ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	VII
INTRODUCTION	1
OBJECTIFS DU PROGRAMME D'ACCÈS	2
ORIENTATIONS PRIVILÉGIÉES.....	3
CONTEXTE LÉGAL	4
CONTEXTE ORGANISATIONNEL	5
DÉMARCHE D'ÉLABORATION DU PROGRAMME D'ACCÈS	6
PORTRAIT DES BESOINS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION D'EXPRESSION ANGLAISE DU TERRITOIRE	7
PORTRAIT DES RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES DESSERVIES PAR L'INSTITUT	8
PROCESSUS DE CONSULTATION	9
ANALYSE DES ÉCARTS	11
MODE D'ACCÈS PRIVILÉGIÉS	12
SUIVI ET ÉVALUATION DU PROGRAMME D'ACCÈS	13
CONCLUSION	13
BIBLIOGRAPHIE.....	14
ANNEXE I	15
ANNEXE II	16
ANNEXE III	19
ANNEXE IV	23
ANNEXE V	24
ANNEXE VI	25
ANNEXE VII	42
ANNEXE VIII	47

LISTE DES ANNEXES

- [Annexe I](#) Liste des membres du Comité régional pour le programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale
- [Annexe II](#) Liste des établissements et des installations reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française
- [Annexe III](#) Extraits de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales – Articles de loi liés aux services en langue anglaise
- [Annexe IV](#) Carte des RUISSS
- [Annexe V](#) Organigramme de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval
- [Annexe VI](#) Portrait de la population d'expression anglaise pour les trois établissements de la région 03
- [Annexe VII](#) Secteurs évalués dans l'établissement
- [Annexe VIII](#) Gabarit du questionnaire de cueillette d'informations

DÉFINITIONS

Accessibilité

L'accessibilité désigne la capacité de fournir les soins et les services requis, à l'endroit et au moment opportun (MSSS, 2012).

Connaissance des langues officielles

La capacité d'une personne de soutenir une conversation en anglais seulement, en français seulement, dans les deux langues, ou dans ni l'une ni l'autre. Dans le cas d'un enfant qui n'a pas encore appris à parler, cela comprend les langues que l'enfant apprend à parler à la maison.

Continuité

La continuité décrit l'absence de bris dans une séquence temporelle au cours de laquelle plusieurs services doivent être donnés. Ces services sont continus s'ils s'enchaînent l'un à l'autre de façon harmonieuse. La continuité résulte d'attributs des ressources permettant cet enchaînement : les mêmes personnes offrent les services, l'information circule entre les épisodes de soins ou entre les différents lieux où sont offerts les services.

La continuité peut être vue comme englobant trois dimensions : l'aspect informationnel (transfert et accumulation de l'information nécessaire au traitement de la personne); l'aspect clinique (approche) (les soins sont prodigués dans une séquence temporelle cohérente); l'aspect relationnel (la relation entre le patient et les professionnels est stable dans le temps) (Haggerty, 2002).

Établissement non fusionné

Un établissement non fusionné en vertu de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales est un centre hospitalier universitaire ou un institut universitaire qui n'a pas été fusionné à un centre intégré. Il y a sept établissements non fusionnés.

Langue maternelle

La première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise par le recensé au moment du recensement.

Langue officielle

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

Modes d'accès

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

Personne d'expression anglaise

La personne d'expression anglaise est celle qui, dans ses relations avec un établissement qui dispense des services de santé ou des services sociaux, se sent plus à l'aise d'exprimer ses besoins en langue anglaise et de recevoir les services dans cette langue (MSSS, 2006).

Population totale à l'exclusion des résidents d'un établissement institutionnel

Désigne la population totale excluant les personnes qui résident dans des logements collectifs institutionnels.

Première langue officielle parlée de la personne

Première langue officielle parlée désigne une variable précisée dans le cadre de la Loi sur les langues officielles. Cette variable permet d'identifier la personne selon la première langue officielle (c.-à-d. l'anglais ou le français) parlée par cette personne (Canada, 2009).

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

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

Le programme d'accès constitue le mécanisme selon lequel s'applique la garantie législative d'accès de la population d'expression anglaise aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise.

Qualité

Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque usager la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

Service accessible en langue anglaise

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

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

CHSSN	Community Health and Social Services Network
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHU de Québec	CHU de Québec – Université Laval
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSS-CN	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
DMS	Durée moyenne de séjour
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
Institut	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval
LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RCSSS	Réseau communautaire de santé et des services sociaux
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
RSS	Région sociosanitaire
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RUISSS	Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux
SAD	Soutien à domicile
SCLA	Services communautaires en langue anglaise

INTRODUCTION

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

Le Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise a entrepris, au printemps 2016, la rédaction d'un programme de langue anglaise tout en tenant compte des transformations récentes et des recommandations du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) en collaboration avec le Réseau communautaire de santé et des services sociaux (RCSSS), en anglais *Community Health and Social Services Network* (CHSSN).

Un guide d'élaboration du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) permet de soutenir le processus d'élaboration de ce programme en tenant compte des besoins de la population d'expression anglaise tout en étant conforme au cadre législatif et réglementaire.

Ce guide prend en considération trois principes importants :

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

L'accès linguistique aux services de santé et aux services sociaux est important. Les anglophones unilingues et ceux qui ont une connaissance minimale du français sont plus susceptibles que leurs homologues francophones d'être dans une situation où simultanément, ils sont en mauvaise santé et n'ont eu aucun recours aux services de santé (Falconer, 2015).

Les services de santé et les services sociaux qui sont linguistiquement mal adaptés peuvent entraîner des erreurs médicales graves (Bowen, 2001). La littérature scientifique contient de nombreux exemples de barrières linguistiques ayant compromis l'accessibilité et la qualité des services de santé et des services sociaux, dont des erreurs de médicaments, des mauvais diagnostics et une exposition inutile aux risques.

Outre le risque à la sécurité qu'entraînent les barrières linguistiques lors de la prestation de services, les personnes d'expression anglaise ayant une connaissance limitée du français ont plus de difficulté que les autres à naviguer dans le RSSS. L'encadrement de la communication avec les personnes en situation linguistique minoritaire assure l'exactitude des informations échangées, le consentement éclairé et le respect de la confidentialité en tout temps. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) constate qu'une piètre communication avec les usagers de langue anglaise entraîne des visites plus longues et moins fréquentes aux cliniques, des visites plus nombreuses aux services d'urgence, moins de suivis, une plus grande insatisfaction quant aux services reçus, une hospitalisation plus fréquente et des examens médicaux plus nombreux, augmentant le coût des services (INSPQ, 2013).

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

Outre les exigences légales, les prestataires de services sont tenus de les offrir de façon à ce que les usagers puissent les comprendre, à défaut de quoi ces services pourraient entraîner des problèmes de nature éthique pouvant prendre plusieurs formes (Bowen, 2001) :

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

Une communication efficace s'impose également en ce qui concerne les initiatives de promotion de la santé et de prévention de la maladie afin que les personnes d'expression anglaise puissent participer pleinement au maintien de leur santé (Winnipeg, 2013).

OBJECTIFS DU PROGRAMME D'ACCÈS

Le programme d'accès est donc essentiel pour soutenir l'établissement et le personnel dans l'offre de services à la communauté d'expression anglaise. Il vise à rendre accessible aux personnes d'expression anglaise une gamme de services de santé et de services sociaux en langue anglaise qui soit la plus complète possible afin de se rapprocher du milieu de vie de ces personnes. Il indique le type de services et la manière dont ils seront rendus par l'établissement à la population d'expression anglaise, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières de l'établissement et dans le respect des lois en vigueur (Winnipeg, 2013).

Les objectifs visés par le programme sont de :

- dresser le portrait des besoins sociosanitaires et des particularités des personnes d'expression anglaise de la région et pour l'établissement;
- déterminer les services de santé et les services sociaux requis pour répondre aux besoins reconnus;
- faire l'analyse des écarts à combler pour atteindre les objectifs d'accès, de continuité et de qualité des services pour les personnes d'expression anglaise dans le cadre du programme d'accès;
- déterminer les prestataires de services en précisant les lieux indiqués et, s'il y a lieu, désigner qui sont dans l'obligation de rendre des services de santé et des services sociaux en langue anglaise (cet objectif ne concerne pas l'Institut qui est un établissement non fusionné) (MSSS, 2018);
- définir les mécanismes d'accès aux services en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise.

ORIENTATIONS PRIVILÉGIÉES

Les orientations privilégiées pour l'élaboration de ce programme s'appuient sur les principes fondamentaux du RSSS.

A. La responsabilité populationnelle

Les intervenants qui offrent des services à la population doivent partager collectivement une responsabilité envers elle. Ils doivent rendre accessible un ensemble de services, le plus complet possible, en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé.

B. La hiérarchisation des services

La complémentarité des services est nécessaire afin de faciliter le cheminement des personnes d'un service à l'autre. La présence de mécanismes de référence entre les intervenants, notamment entre la première ligne ainsi que les services spécialisés et surspécialisés, permettront de guider les personnes d'expression anglaise vers les services requis.

C. Le cheminement facilité de la personne dans le réseau

Une réponse adéquate aux besoins de chaque personne exige que le système effectue les adaptations nécessaires. L'utilisateur d'expression anglaise ne devrait pas avoir à naviguer dans le système pour recevoir les services dans sa langue. Il incombe à ce dernier de l'accueillir, de clarifier avec lui ses besoins, de proposer une réponse appropriée et de l'orienter vers un service adéquat. Le programme d'accès permettra à l'intervenant d'orienter efficacement la personne d'expression anglaise vers les bons services, tout en respectant les délais requis. Un tel cheminement dépend en partie de la transversalité du programme d'accès au sein de l'établissement, assurée par la participation, la responsabilisation et la concertation d'un ensemble de directions.

D. L'intervention clinique réussie

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

E. La participation des personnes d'expression anglaise

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

CONTEXTE LÉGAL

A. Organisation des services de santé et des services sociaux

L'entrée en vigueur de la LMRSSS a mené à l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux ainsi qu'à la création d'établissements à mission élargie. Cette loi favorise et simplifie l'accès aux services pour la population. De plus, elle contribue à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services ainsi qu'à l'accroissement de l'efficacité et de l'efficacéité du réseau. C'est dans ce nouveau contexte que se situe le renouvellement des programmes d'accès.

De plus, le nombre d'établissements du RSSS est passé de 182 à 34 depuis cette date. De ce nombre, treize centres intégrés de santé et de services sociaux et neuf centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) sont responsables de la plupart des services de santé et des services sociaux au sein de leur réseau territorial. On compte également sept établissements non fusionnés en vertu de la LMRSSS, qui sont des centres hospitaliers universitaires ou des instituts universitaires.

B. Encadrement légal des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

Bien que la LMRSSS ait apporté des changements au mode d'organisation du réseau, l'encadrement légal du droit des personnes d'expression anglaise à recevoir des services de santé et des services sociaux dans leur langue demeure inchangé.

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

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

Notons également que l'article 15 de la LSSSS reconnaît pour les personnes d'expression anglaise « le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès visé à l'article 348 ».

De plus, selon l'article 76 de la LMRSSS, les établissements doivent désormais tenir compte des compétences linguistiques requises du personnel chargé de fournir les services aux personnes d'expression anglaise.

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

« Tout établissement public doit élaborer, dans les centres qu'il indique, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise ou, le cas échéant, conjointement avec d'autres établissements publics, élaborer un tel programme dans les centres qu'il indique qui sont exploités par ces établissements. Le programme doit identifier les services accessibles en langue anglaise dans les installations indiquées. [...] Le programme doit tenir compte des ressources humaines, matérielles et financières de l'établissement. »

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

Chaque établissement est chargé d'élaborer un programme d'accès pour sa clientèle d'expression anglaise. Le programme d'accès doit ainsi déterminer les services accessibles en langue anglaise dans les installations indiquées. Suite à l'entrée en vigueur de la LMRSSS, la période de renouvellement du programme d'accès et de l'approbation par le gouvernement est de cinq ans.

C. Encadrement légal des comités

Les articles 509 et 510 de la LSSSS prévoient respectivement la formation d'un comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise et la formation de comités régionaux. Le comité provincial donne son avis au gouvernement sur la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise et sur l'approbation, l'évaluation et la modification des programmes d'accès. Le comité régional donne son avis sur les programmes d'accès de sa région respective. La liste des membres du Comité régional pour le programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale figure à l'annexe I.

La liste des établissements et des installations reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française figure à l'annexe II.

Un extrait de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (articles de loi liés aux services en langue anglaise) se retrouve à l'annexe III.

CONTEXTE ORGANISATIONNEL

Les établissements ayant une mission régionale ou suprarégionale, notamment ceux non fusionnés, doivent tenir compte des besoins en matière d'accès aux services en langue anglaise pour l'ensemble de la population desservie. Les réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS) sont des territoires de référence rattachés respectivement aux universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke. Les RUISSS ont été créés afin de favoriser la concertation, la complémentarité ainsi que l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé ayant une désignation universitaire et des universités auxquelles sont affiliés ces établissements. L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval fait partie du RUISSS UL. L'annexe IV affiche la carte représentant les RUISSS.

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (Institut) est situé sur un seul et même site au 2725 du chemin Sainte-Foy à Québec.

A. Mission et organigramme de l'Institut

La mission de l'Institut se définit ainsi : La santé des personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, respiratoires et reliées à l'obésité.

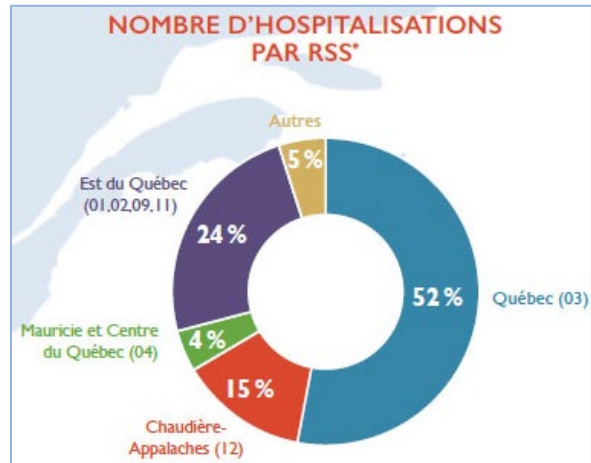
L'Institut est un établissement de santé non fusionné qui se distingue par :

- des soins et des services spécialisés et ultraspecialisés;
- des soins et des services complémentaires en gériatrie, en soins palliatifs, en médecine interne ainsi que dans plusieurs autres spécialités;
- une expertise et des interventions en prévention ainsi qu'en réadaptation;
- une urgence de soins spécialisés et de soins généraux;
- la recherche clinique et fondamentale en parfaite harmonie avec les domaines d'expertise clinique;
- des activités d'enseignement pour la formation de la relève et le transfert du savoir;
- une contribution en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

L'organigramme de l'Institut est reproduit à l'annexe V.

B. Réseaux territoriaux et locaux

L'Institut dessert principalement la population du centre et de l'est de la province, soit les régions de la Capitale-Nationale, de Chaudière-Appalaches, de la Mauricie et Centre-du-Québec, du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, du Saguenay-Lac-Saint-Jean ainsi que de la Côte-Nord. De plus, certaines clientèles du nord du Nouveau-Brunswick sont accueillies à l'Institut. La répartition de la clientèle hospitalisée, selon les régions sociosanitaires, reflète le mandat suprarégional de l'établissement. En 2018-2019, 52 % de la clientèle provient de la région immédiate de Québec et 48 % est hors région.



C. Partenaires du réseau territorial

L'Institut travaille en étroite collaboration avec de nombreux partenaires, notamment le CIUSSS-CN, le CHU de Québec et certains partenaires privés. Il collabore aussi avec de nombreux établissements de recherche et d'enseignement, dont l'Université Laval. L'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's est un partenaire important dans l'élaboration du programme d'accès en langue anglaise.

D. Volume d'activités

Les hospitalisations ont connu une augmentation de l'ordre de 4,5 % par rapport à l'année précédente. En effet, l'Institut compte en 2018-2019 un total de 16 299 hospitalisations pour une durée moyenne de séjour (DMS) de 6,2 jours par rapport à 15 597 en 2017-2018 avec une DMS de 6,3 jours. Comme lors des années antérieures, la cardiologie et la pneumologie se partagent la majorité de la clientèle dans des proportions respectives de 64 % et 18 %. Les autres spécialités totalisent 18 % de la clientèle hospitalisée, dont 4 % pour les maladies liées à l'obésité.

La répartition par groupe d'âge démontre que la clientèle la plus représentée est constituée de personnes de plus de 75 ans, pour un taux de 33 %. Suit de près la tranche d'âge des 45-64 ans selon une proportion de 30 % de la clientèle totale hospitalisée.

Par ailleurs, les cliniques ambulatoires offrent différents services dans les trois axes principaux de l'Institut (cardiologie, pneumologie et obésité-métabolisme) de même que dans les cliniques spécialisées comme la médecine interne et les services dentaires curatifs. En 2018-2019, en mode ambulatoire et pour 45 072 usagers, le nombre de visites s'élève à 129 008 par rapport à 122 952 visites pour 43 690 usagers en 2017-2018. Cela représente une augmentation de 5 % du nombre de visites et de 3 % du nombre d'usagers.

DÉMARCHE D'ÉLABORATION DU PROGRAMME D'ACCÈS

Le processus d'élaboration du programme d'accès a permis à l'établissement de renforcer ses connaissances quant aux besoins de la communauté d'expression anglaise. Ainsi ont été identifiés les écarts à combler en matière d'accessibilité, de continuité et de qualité des services de santé et de services sociaux liés aux barrières linguistiques auxquelles font face les personnes d'expression anglaise.

Ce processus a permis de coordonner les travaux visant à l'élaboration d'un programme d'accès en langue anglaise.

Les étapes nécessaires à l'élaboration du programme se résument comme suit.

A. Plan d'action

La première étape a été d'élaborer un plan de travail et des échéanciers pour le dépôt du programme d'accès prévu le 31 mars 2020. La démarche a été approuvée par le comité de direction de l'établissement le 21 juin 2018.

B. Formation d'un groupe de travail

La responsabilisation de l'ensemble des directions est essentielle à l'atteinte des objectifs visés par le programme d'accès en langue anglaise. Tous les membres composant le groupe de travail ont été mis à contribution. Ils proviennent de la Direction des services multidisciplinaires, de la Direction des services professionnels, de la Direction des soins infirmiers, de la Direction des ressources humaines et des communications ainsi que de la Direction de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique. Ces personnes ont un rôle à jouer afin d'assurer l'élaboration, la mise en œuvre et l'amélioration continue d'un programme d'accès efficace qui réponde aux besoins de la population d'expression anglaise.

C. Création d'un comité de travail des établissements de la région de la Capitale-Nationale

Les personnes mandatées à la coordination du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise des trois établissements de la région de Québec ont formé un comité de travail régional. L'agente de planification de programmation et de recherche du CHU de Québec, celle du CIUSSS-CN et la conseillère-cadre à la Direction générale de l'Institut ont tenu des rencontres régulièrement. Ces rencontres ont permis d'assurer une complémentarité des démarches entreprises au sein des établissements et, lorsque possible, de partager les tâches associées, notamment la réalisation conjointe des consultations auprès de la communauté d'expression anglaise de la région.

PORTRAIT DES BESOINS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION D'EXPRESSION ANGLAISE DU TERRITOIRE

Le portrait des besoins de la population d'expression anglaise est élaboré en collaboration avec l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's. Comprendre les différences sociales et socioéconomiques entre les personnes d'expression anglaise ainsi que l'ensemble de la population est important pour la planification d'un programme d'accès et est incontournable dans l'identification des besoins. L'absence d'une telle analyse pourrait atténuer l'efficacité des mesures d'amélioration ciblées dans le programme d'accès ou masquer les besoins prioritaires.

Le portrait de la population d'expression anglaise a été élaboré par une ressource externe pour les trois établissements de la région 03 (Institut, CHU de Québec, CIUSSS-CN). Ce portrait se retrouve à l'annexe VI.

Au moment de la rédaction du programme d'accès en langue anglaise, les données disponibles étaient celles de 2017-2018. Les données recensées en 2016 par Statistique Canada présentent le portrait suivant de la population d'expression anglaise dans les régions du RUISSS UL.

PORTRAIT DES RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES DESSERVIES PAR L'INSTITUT

Connaissance des langues officielles pour la population totale à l'exclusion des résidents d'un établissement correctionnel – Données intégrales (100 %)

Région demandée	Région administrative	Population totale	Anglais seulement	Proportion de la population (%)
Québec	Capitale-Nationale (03)	710 250	14 205	2,00
Est du Québec	Bas-St-Laurent (01)	180 000	1 080	0,60
	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)	87 920	8 790	10,00
	Côte-Nord (09)	90 789	5 175	5,70
Mauricie	Mauricie (04)	251 115	5 505	1,20
Centre du Québec	Centre-du-Québec (17)	238 885	295	1,20
Chaudière-Appalaches	Chaudière-Appalaches (12)	417 222	3 755	0,90
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Saguenay-Lac-Saint-Jean (2)	282 142	1 975	0,70

Statistique Canada 2016 : données pour chaque RSS analysées par le CHSSN, référence : <http://chssn.org/document-center>

Portrait des régions socio-sanitaires desservies par l'Institut pour les usagers hospitalisés

Régions socio-sanitaires (RSS) desservies par l'Institut	Proportion* de la population d'expression anglaise (%)	Nombre d'hospitalisations par RSS 2017-2018	Nombre d'usagers différents	Estimation du nombre d'usagers d'expression anglaise hospitalisés
Capitale-Nationale (03)	2,00	8 391	6 394	128
Bas-Saint-Laurent (01)	0,60	1 352	1 182	7
Chaudière-Appalaches (12)	0,90	2 182	1 868	17
Côte-Nord (09)	5,70	767	677	39
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)	10,00	1 052	944	94
Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	0,70	400	357	2
Mauricie Centre du Québec (04)	1,20	682	584	7
Autres régions du Québec	Non disponible	223	194	Non disponible
Hors province ou hors pays	Non disponible	548	493	Non disponible
Total	Non disponible	15 597	12 693	294**

* Le pourcentage appliqué est celui provenant du CHSSN, référence : <http://chssn.org/document-center>

** Excluant les autres régions du Québec et les hors province ou hors pays.

Portrait des régions sociosanitaires desservies par l'Institut pour les usagers en mode ambulatoire

Régions sociosanitaires (RSS) desservies par l'Institut	Proportion* de la population d'expression anglaise (%)	Nombre de visites ambulatoires 2017-2018	Nombre d'usagers différents	Estimation du nombre d'usagers d'expression anglaise ambulatoires
Capitale-Nationale (03)	2,00	129 160	33 818	676
Bas-Saint-Laurent (01)	0,60	5 590	1 494	9
Chaudière-Appalaches (12)	0,90	2 963	7 679	69
Côte-Nord (09)	5,70	4 395	1 038	59
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)	10,00	3 600	955	95
Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	0,70	3 512	814	6
Mauricie-Centre-du-Québec (04)	1,20	10 230	2 437	29
Hors province	Non disponible	1 630	453	Non disponible
Hors pays	Non disponible	19	12	Non disponible
Total	Non disponible	187 749	48 700	943**

* Le pourcentage appliqué est celui provenant du CHSSN, référence : <http://chssn.org/document-center>

** Excluant les hors province ou hors pays

PROCESSUS DE CONSULTATION

Par ce processus, nous avons consulté les personnes concernées (prestataires et clients) afin de bien connaître les besoins de la communauté d'expression anglaise en matière d'accès linguistique. La collecte et l'analyse des informations recueillies font partie intégrante du programme.

Plusieurs étapes ont été nécessaires pour effectuer l'inventaire des procédures actuelles utilisées à l'Institut concernant l'accès aux services en langue anglaise.

A. Élaboration d'un tableau des différents secteurs de l'établissement (Annexe VII)

Cette démarche consiste à effectuer une enquête interne auprès de différents secteurs d'activités où l'utilisateur est susceptible de se présenter. Les membres du groupe de travail ont rencontré les équipes cliniques afin de connaître leur mode de fonctionnement lorsqu'un usager d'expression anglaise se présente dans le secteur. Cette formule a permis de faire l'inventaire des services accessibles en langue anglaise et de dépister certaines lacunes au sein de l'organisation.

B. Rencontre avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Une rencontre avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a eu lieu afin de prendre connaissance des données relatives aux plaintes déposées par la clientèle en lien avec la prestation et l'accessibilité aux services en langue anglaise.

C. Méthodologie utilisée lors des entrevues auprès de la clientèle d'expression anglaise

La participation des personnes d'expression anglaise aux plans d'interventions et de services ainsi qu'aux décisions affectant leur état de santé et leur bien-être est nécessaire à la réussite des interventions. De plus, la participation des personnes issues des communautés d'expression anglaise est indispensable à l'élaboration du programme. Afin de procéder à l'analyse de la satisfaction de notre clientèle anglophone unilingue, une liste d'utilisateurs provenant de différentes régions desservies par l'Institut a été produite à l'aide des systèmes informatiques. Un champ optionnel précisant la langue parlée par l'utilisateur a été consulté, ce qui a permis de cibler les utilisateurs de langue anglaise qui ont visité l'établissement au cours de l'année 2017-2018.

Au total, 40 entrevues téléphoniques individuelles en langue anglaise ont été réalisées auprès de ces utilisateurs pour bien connaître leurs besoins, et ce, pour les différentes trajectoires de soins. Un questionnaire a été élaboré au préalable pour structurer la démarche de cueillette d'informations. Le gabarit du questionnaire figure à l'Annexe VIII.

Les informations recueillies n'ont pas la prétention d'être représentatives de l'ensemble de la population anglophone, mais ce sont des données qui mettent en lumière certains éléments de satisfaction et d'insatisfaction envers les services offerts au sein de l'établissement. Cette démarche demeure l'amorce d'une stratégie plus articulée qui pourrait être réalisée dans le cadre du plan d'action découlant du programme d'accès.

D. Présentation au comité de coordination clinique et au comité de direction

Des présentations sont faites au comité de coordination clinique et au comité de direction afin d'informer les directeurs de l'état d'avancement des travaux et de s'assurer d'une vision claire et commune des lignes directrices.

E. Rencontre avec les différents partenaires du réseau

La collaboration des partenaires du réseau, notamment les organismes communautaires, a soutenu la démarche.

Ainsi, plusieurs rencontres ont été effectuées au cours de l'année 2019 avec les intervenants suivants :

- Community Health and Social Services Network (CHSSN);
- équipe de soutien à domicile (SAD) des Services communautaires en langue anglaise (SCLA);
- table de concertation Jeffery Hale, à laquelle siègent 20 partenaires provenant des organisations suivantes : le CHU de Québec, l'Institut, le CIUSSS-CN, le Centre de la famille Valcartier, le CÉGEP Champlain St. Lawrence, Community Health and Social Services Network, la Fondation des amis du Jeffery Hale – Saint Brigid's, les Partenaires communautaires Jeffery Hale – Saint Brigid's, Voice of English-speaking Québec;
- partenaires communautaires Jeffery Hale, volet bénévolat du Centre Wellness.

F. Formation actuelle pour le personnel

La rencontre avec un représentant de la Direction des ressources humaines et des communications a permis de connaître les programmes de formation liés à l'apprentissage de l'anglais langue seconde disponibles pour le personnel de l'Institut.

G. Accessibilité de procédures d'interprétariat

Une recherche a été faite sur les différents outils disponibles pour le personnel lors d'une demande d'interprétariat. L'accessibilité à ces outils a été également validée.

H. Modalités à mettre en place

Un plan d'action échelonné sur cinq ans a été mis en place afin que les services en langue anglaise soient accessibles dans l'établissement à tout moment de la journée. Un comité tactique composé des membres de différentes directions sera mis à contribution afin de permettre la mise en place des différents projets identifiés dans le plan d'action.

I. Participation du comité régional

Depuis mai 2019, quelques rencontres du comité régional ont été tenues. Ce comité a participé au processus d'évaluation du programme d'accès en langue anglaise des établissements de santé de la région 03. Ses membres ont suggéré des modifications et des commentaires au programme. Les modifications ayant été apportées, le Comité régional a émis un avis favorable le 29 janvier 2020 et recommande l'adoption du Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise de l'Institut universitaire de cardiologie de Québec – Université Laval 2020 – 2025.

J. Recommandation au conseil d'administration

Suite à la recommandation du Comité régional sur les programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise, le programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise a été adopté par le conseil d'administration de l'Institut le 18 février 2020.

K. Participation du comité provincial

Après approbation au conseil d'administration de l'établissement, le président-directeur général dépose au comité provincial le programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise accompagné de l'avis du comité régional.

L. Transmission au MSSS

Le programme d'accès sera transmis dans les délais requis en vue d'une approbation par le gouvernement par l'entremise du ministère de la Santé et des Services sociaux.

ANALYSE DES ÉCARTS

L'analyse des écarts vise à connaître l'impact que représentent les barrières linguistiques sur l'accès, la continuité et la qualité des services auprès de la population d'expression anglaise. L'analyse dégage les écarts entre les besoins en matière d'accès linguistique et les modes d'accès actuels. Les étapes précédentes ont permis de regrouper l'information nécessaire permettant d'effectuer l'analyse des écarts présents dans l'organisation. Le tableau de l'annexe VII permet une analyse complète et précise des écarts des secteurs d'activités évalués. Cela va permettre de dégager des pistes d'amélioration pouvant être apportées aux modes d'accès actuels.

Globalement, l'Institut offre des services en langue anglaise par l'entremise de son personnel pour l'ensemble des services de l'établissement. Il existe des pratiques reconnues pour la prestation de services, notamment en ce qui concerne l'importance d'assurer les compétences linguistiques du personnel.

Accessibilité – Qualité – Continuité

L'Institut accueille une clientèle d'expression anglaise dans ses différentes trajectoires. Afin d'accueillir cette clientèle dans sa langue d'origine, il serait souhaitable d'augmenter le nombre d'employés maîtrisant l'anglais dans les postes stratégiques de l'organisation.

De plus, il existe un programme de formation destiné aux membres du personnel qui souhaitent améliorer leurs compétences linguistiques dans le cadre de l'offre de service en langue anglaise. Cette formation est offerte à tout le personnel de l'établissement qui désire se perfectionner. La promotion de différents programmes de formation pourrait être faite pour permettre à un plus grand nombre de personnes de suivre ces formations.

Continuité

L'Institut étant un centre suprarégional en cardiologie, en pneumologie et pour les maladies reliées à l'obésité, il est appelé à recevoir de la clientèle de différentes régions administratives. De nombreux transferts sont attendus quotidiennement au sein de l'établissement. Il serait pertinent de connaître la langue parlée de l'utilisateur dès son arrivée

et que cette information soit inscrite dans le logiciel utilisé au Service d'admission. Cette donnée est actuellement facultative et il serait opportun de la rendre obligatoire.

En questionnant les professionnels gravitant au niveau des différentes trajectoires, la connaissance des divers services communautaires pour la clientèle d'expression anglaise est peu connue dans l'établissement. Cette collaboration avec les partenaires du réseau, notamment les organismes communautaires et les bénévoles communautaires, permettrait de soutenir l'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. La diffusion de cette collaboration communautaire offerte à la clientèle d'expression anglaise par le biais des intervenants de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's et du CIUSSS–CN serait un atout pour l'organisation.

Qualité

Des outils sont utilisés et accessibles pour le personnel lors d'une demande d'interprétariat. Par contre, il n'y a aucune politique ni procédure en place pour encadrer la prestation de services en langue anglaise. L'élaboration de ces documents faciliterait le processus pour l'utilisation d'interprète et assurerait la qualité des soins lorsque la barrière de la langue est présente.

Au niveau des consentements aux soins, nous remarquons qu'un nombre restreint de consentements sont traduits en langue anglaise. Pour s'assurer que l'usager d'expression anglaise effectue un choix éclairé des soins reçus, la traduction des consentements devrait faire partie des éléments à corriger.

Il existe dans les différentes trajectoires plusieurs outils d'information offerts par les professionnels pour mieux soutenir l'usager dans la prise en charge de sa maladie. Certains de ces outils sont disponibles en anglais. Il a été constaté que pour le bénéfice de l'usager d'expression anglaise, certains documents pourraient être traduits en langue anglaise.

Pour être en mesure de mettre en place les différents projets du plan d'action, il est suggéré qu'un comité tactique soit créé dans l'organisation. Ce comité assurerait l'opérationnalisation du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Il pourrait faire le lien avec le comité de direction en présentant annuellement l'état d'avancement de ce programme.

MODE D'ACCÈS PRIVILÉGIÉS

Avant 2015, l'Institut était partie prenante d'un travail régional supporté par la défunte Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Capitale-Nationale. L'ASSS a élaboré un programme d'accès pour l'ensemble des établissements de la région (ASSS, 2012) et a coordonné sa mise à jour en 2015 (ASSS, 2015).

Voici quelques constats :

- Le programme d'accès 2012-2015 de l'ASSS de la Capitale-Nationale souligne qu'il y a eu des changements depuis le programme d'accès précédent datant de 2006 :
 - « Du personnel bilingue semble toujours disponible [...] pour répondre aux besoins de la population anglophone, et ce, malgré le peu de demandes. Il est également souligné par les établissements que beaucoup de personnes anglophones peuvent s'exprimer en français ou, sinon, se font accompagner par un proche. Par ailleurs, il faut mentionner que les éléments entourant l'absence de documentation ou d'outils en anglais sont, là encore, soulevés. Pour ce qui est des connaissances sur la clientèle desservie, la même contrainte s'impose. » (ASSS, 2012), page 26)
- Dans la mise à jour de 2015, l'ASSS de la Capitale-Nationale note que :
 - « Peu de changements y sont observés comparativement au dernier plan d'accès. Par ailleurs, il faut mentionner que les éléments entourant l'absence de documentation ou d'outils en anglais sont toujours d'actualité. Pour ce qui est des connaissances sur la clientèle desservie, la même contrainte s'impose. Aucune information n'était disponible à cet égard [...]. » (ASSS, 2015), page 26)

Dans ces deux documents, des listes de l'ensemble des services spécialisés et surspécialisés de l'Institut sont présentées en annexe, démontrant que ceux-ci sont disponibles en langue anglaise. Toutefois, ces documents n'indiquent pas par quels modes d'accès ces services seraient offerts aux usagers en langue anglaise.

Le renouvellement du programme d'accès est une occasion pour l'établissement l'ayant déjà adopté, d'ajuster le programme en fonction des besoins actuels de la population d'expression anglaise. En ce qui concerne l'Institut, il s'agit d'un premier programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise.

Les modes d'accès aux services en langue anglaise offerts dans l'ensemble de l'établissement sont les suivants :

- prestation de services en langue anglaise par le personnel de l'établissement;
- interprètes informels (membres bilingues du personnel agissant à titre d'interprètes);
- interprètes formels : une section dédiée à l'interprétariat est disponible sur l'intranet ainsi que dans la valise de garde utilisée par les coordonnateurs d'activités et les directeurs de garde;
- le logiciel « Jérôme + » est utilisé par le personnel administratif pour effectuer une demande d'interprétariat selon le besoin de l'utilisateur.

SUIVI ET ÉVALUATION DU PROGRAMME D'ACCÈS

Diffusion du programme d'accès

Une fois adopté, le programme d'accès sera communiqué au personnel et aux partenaires concernés du réseau. Une campagne de sensibilisation auprès du personnel de l'Institut pourra être faite en mettant en lumière la question d'accès aux services en langue anglaise et les risques associés aux barrières linguistiques lors de soins et de services à l'utilisateur.

Suivi de la mise en œuvre du programme d'accès

Le succès du programme d'accès dépend non seulement de la mise en œuvre, mais également des mesures organisationnelles mises en place pour le soutenir. Pour ce faire, l'avancement d'un plan d'amélioration des services élaboré dans ce programme sera suivi par le comité de coordination clinique ainsi que par le comité de direction. Une des conditions gagnantes de l'avancement des objectifs fixés est la participation de l'ensemble des directions de l'établissement ainsi que celle des partenaires du réseau. Le suivi du plan d'action sera également fait par le comité régional.

CONCLUSION

Soucieux d'offrir des services de qualité et sécuritaires à sa clientèle, l'Institut est heureux de mettre en place le *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise*.

Déjà, les travaux réalisés depuis plusieurs mois par le groupe de travail ont permis d'établir un certain nombre de constats et de priorités en vue d'accroître l'accessibilité aux soins et aux services en langue anglaise. Le plan d'action qui en découle viendra supporter la prestation offerte aux différentes clientèles ainsi qu'aux intervenants. Ces actions contribueront à améliorer la qualité de nos communications.

BIBLIOGRAPHIE

ASSS, Agence de la santé de des services sociaux. 2015. *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la Capitale-Nationale.* 2015.

ASSS, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. 2012. *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise.* Québec : s.n., 2012.

Bowen, Sarah. 2001. *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé.* 2001.

Canada, Statistique. 2009. Définitions, sources de données et méthodes. *Statistique Canada.* [En ligne] 2009. www.statcan.gc.ca.

CHSSN, Community Health and Social Services Network. 2018. *Demographic Profiles of the English-speaking Communities of RTS de la Capitale-Nationale.* Québec : Rapport produit par Dre Joanne Pocock, 2018.

Falconer, James et Amélie Quesnell-Valée. 2015. Les disparités d'accès aux soins de santé parmi la minorité de langue officielle au Québec. *Érudit.* [En ligne] 2015. <http://www.erudit.org/fr/revues>.

Haggerty, Reid. 2002. *Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins.* 2002.

INSPQ. 2013. Adaptation linguistique des soins et des services de santé : enjeux et stratégies. *Institut national de santé publique du Québec.* [En ligne] 2013. <http://www.inspq.qc.ca/publications/1656>.

MSSS, Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2012. 2012.

MSSS, Ministère de la Santé et des Services sociaux (a). 2018. Guide pour l'élaboration du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. *Ministère de la Santé et des Services sociaux.* [En ligne] 2018. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001247>.

MSSS, Ministère de la Santé et des Services sociaux (b). 2018. Orientations ministérielles concernant la pratique de l'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux au Québec. *Ministère de la Santé et des Services sociaux.* [En ligne] 2018. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002180>.

MSSS, Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2006. *Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise.* Québec : s.n., 2006.

Winnipeg, Office régional de la santé de. 2013. Regional Interpreter Services-Language access Policy. *Winnipeg regional health authority.* [En ligne] 2013. <http://wrha.mb.ca/about/policy/files/10.40.210.pdf>.

ANNEXE I

Liste des membres du Comité régional pour le programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale

MEMBRES REPRÉSENTANT LA COMMUNAUTÉ D'EXPRESSION ANGLAISE DE LA CAPITALE-NATIONALE			
BILODEAU, Amy	Partenaires communautaires Jeffery Hale	abilodeau@jhparkers.net	418 684-5333 poste 1550 418 261-8126
CECH, Anne-Marie	VEQ Foundation	amcech@chssn.org	418 684-2289 poste 226 418 999-1778
GAUDREAU, Myriam	Saint Brigid's Guild	myriam.gaudreault12@hotmail.com	418 580-8201 418 456-3449
MOISAN, Frédéric	Centre de la famille Valcartier	frederic.moisan@forces.gc.ca	418 948-0326 418 806-6321
THÉROUX, Steven	Commission scolaire Central Québec	steve.theroux@cqsbc.qc.ca	418 688-8730 poste 3412 418 520-4814
WALLING, Richard	Partenaires communautaires Jeffery Hale	rwalling@jhparkers.net	418 684-5333 poste 1551 418 564-3035
WELLENS, Brigitte	Voice of English-speaking Quebec	brigitte.wellens@veq.ca	418 683-2366 poste 223 418 929-4585
MEMBRES NON VOTANTS DES ÉTABLISSEMENTS DE LA CAPITALE-NATIONALE OCCUPANT LA FONCTION DE REPRÉSENTANT AU DOSSIER LANGUE ANGLAISE OU TOUTE AUTRE PERSONNE DÉSIGNÉE			
LA ROCHE, Daniel	CHU de Québec – Université Laval	daniel.laroche@chudequebec.ca	418 525-4444 poste 15305
PAQUETTE, Brigitte	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale – Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	brigitte.paquette.ciusssc@ssss.gouv.qc.ca	418 684-5333 poste 1567
LIZOTTE, Hélène	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval	helene.lizotte@ssss.gouv.qc.ca	418 656-8711 poste 3210

ANNEXE II

Liste des établissements et installations reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française

Établissements et installations publics

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

Montréal

- Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal ainsi que ses installations et établissements regroupés suivants :
 - Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger
 - CLSC de Pierrefonds
 - CLSC du Lac-Saint-Louis
 - Hôpital général du Lakeshore
 - Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal
 - Centre hospitalier St. Mary
 - Institut universitaire de santé mentale Douglas
 - Les centres de la jeunesse et de la famille Batshaw
 - Centre de soins prolongés Grace Dart
- Le Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal ainsi que toutes ses installations et établissement regroupés :
 - Centre d'hébergement Father-Dowd
 - Centre d'hébergement Saint-Andrew
 - Centre d'hébergement Henri-Bradet
 - Centre d'hébergement Saint-Margaret
 - CLSC de Benny Farm
 - CLSC René-Cassin
 - CLSC de Côte-des-Neiges
 - Centre multiservices de santé et de services sociaux de Parc-Extension
 - CLSC Métro
 - Hôpital Catherine-Booth
 - Hôpital Richardson
 - Maison de naissance Côte-des-Neiges
 - Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
 - Centre Miriam
 - CHSLD juif de Montréal

- Hôpital Mont-Sinaï
- Corporation du Centre hospitalier gériatrique Maimonides
- Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
- Centre universitaire de santé McGill

Montérégie

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

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

Etrie

Les établissements suivants regroupés au Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux de l'Etrie :

- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de l'Etrie
- Centre intégré de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Outaouais

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

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

Côte-Nord

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

- Centre multiservices de santé et de services sociaux de la Basse-Côte-Nord (Blanc-Sablon)
- CLSC de Chevery
- CLSC de Kegaska
- CLSC de Mutton Bay
- CLSC et CHSLD Donald-G.-Hodd

- CLSC de La Tabatière
- CLSC de Rivière-Saint-Paul
- CLSC de Tête-à-la-Baleine
- CLSC de Saint-Augustin

Capitale-Nationale

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

Laval

L'établissement Hôpital juif de réadaptation regroupé au Centre intégré de santé et services sociaux de Laval.

Laurentides

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

Installations et établissement privés

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

Montréal

- Centre d'accueil Héritage
- Centre de réadaptation MAB-Mackay
- CHSLD Bayview Inc.
- CHSLD Bussey (Québec) Inc.
- CHSLD Château sur le lac Inc.
- Havre Jeunesse
- Hôpital Shriners pour enfants (Québec) Inc.
- Maison Elizabeth
- Manoir Beaconsfield

Lanaudière

- CHSLD Heather Inc.

Etrie

- Résidence Wales

ANNEXE III
Extraits de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance
du réseau de la santé et des services sociaux
notamment par l'abolition des agences régionales¹

Articles de loi liés aux services en langue anglaise

15. Avant de procéder à la nomination des membres indépendants d'un conseil d'administration, le ministre doit établir des profils de compétence, d'expertise ou d'expérience dans chacun des domaines suivants :

- 1° compétence en gouvernance ou éthique;
- 2° compétence en gestion des risques, finance et comptabilité;
- 3° compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines;
- 4° compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité;
- 5° expertise dans les organismes communautaires;
- 6° expertise en protection de la jeunesse;
- 7° expertise en réadaptation;
- 8° expertise en santé mentale;
- 9° expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux.

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

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

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

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

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

¹ Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre 0-7.2) (LMRSSS)

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

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

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

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

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

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

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

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

206. Le centre intégré de santé et de services sociaux qui succède à un établissement désigné en vertu de l'article 508 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou dont le conseil d'administration administre un établissement regroupé ainsi désigné doit continuer de rendre accessibles aux personnes d'expression anglaise, dans les installations inscrites au dernier permis de l'établissement fusionné ou au permis de l'établissement regroupé, les services de santé et les services sociaux en langue anglaise. Le programme visé à l'article 76 doit inclure les services offerts dans toute installation visée au premier alinéa.

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

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

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

installations une reconnaissance en application du troisième alinéa est considéré comme un établissement reconnu aux fins du premier alinéa de l'article 146.

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

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

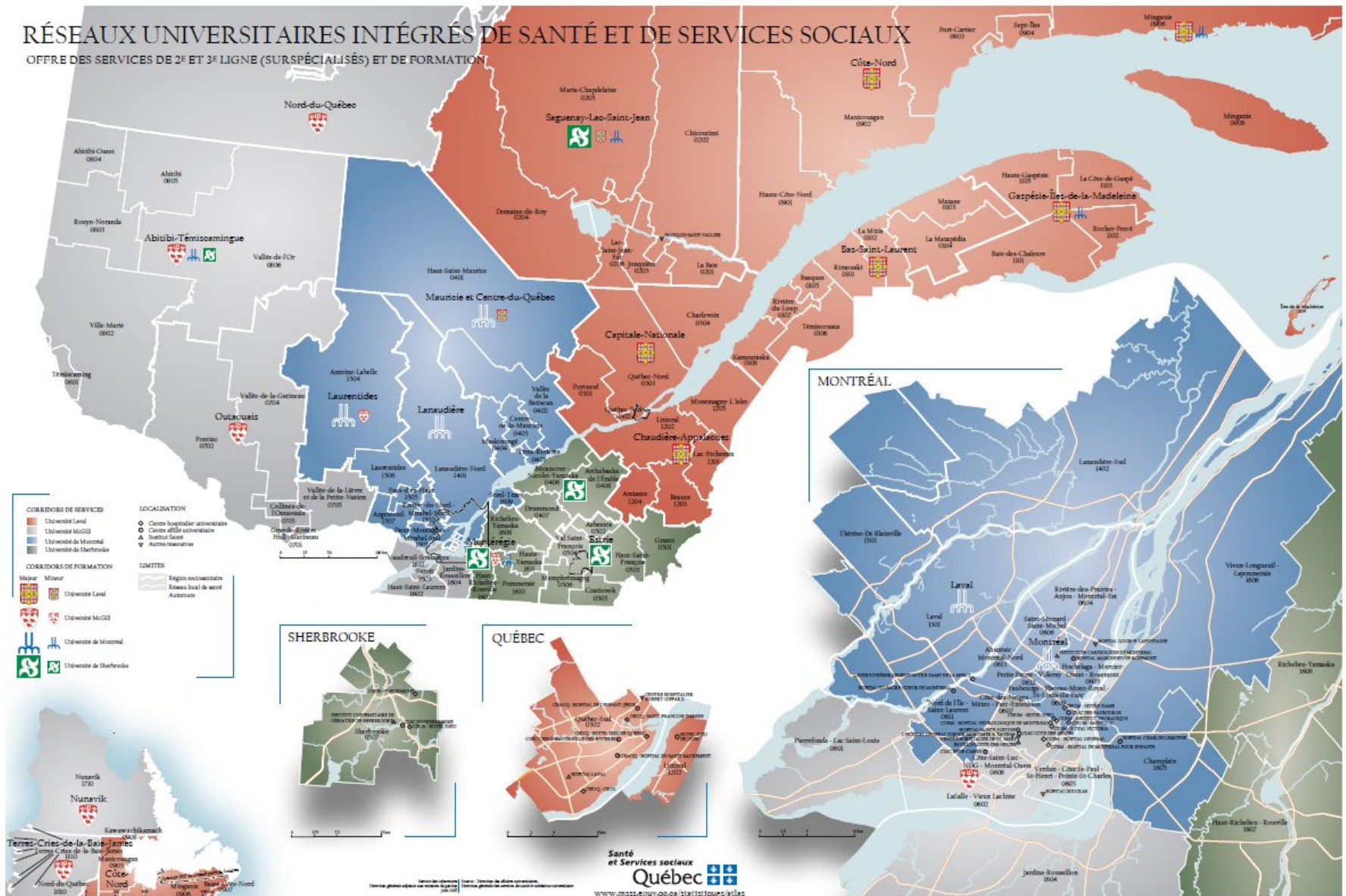
209. Malgré les dispositions de l'article 148 relatives à la constitution du comité consultatif et à sa composition, un comité consultatif est constitué pour conseiller le conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, qui administre l'établissement regroupé Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's, sur l'administration des services de santé et des services sociaux fournis dans les installations de l'établissement regroupé.

Ce comité est composé des huit membres suivants :

1. le directeur de l'établissement regroupé Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's nommé en vertu de l'article 210;
 2. une personne désignée par et parmi les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens exerçant dans les installations de l'établissement regroupé;
 3. une personne désignée par et parmi les membres du conseil des infirmières et infirmiers qui travaillent dans les installations de l'établissement regroupé;
 4. une personne désignée par et parmi les membres du conseil multidisciplinaire qui travaillent dans les installations de l'établissement regroupé;
 5. une personne désignée par et parmi les membres du comité des usagers de l'établissement regroupé dont l'existence est continuée en application de l'article 203;
 6. une personne désignée par le conseil d'administration des fondations de l'établissement regroupé;
 7. une personne désignée par les membres de l'établissement regroupé;
 8. deux personnes cooptées par les membres visés aux paragraphes 1 à 7, afin d'assurer une représentativité de la communauté d'expression anglaise de la région.
210. Un directeur de l'établissement regroupé Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's est nommé par le conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale après consultation des membres du comité consultatif visés aux paragraphes 2 à 8 du deuxième alinéa de l'article 209.
- Ce directeur est notamment responsable, sous l'autorité du président-directeur général du centre intégré, du fonctionnement des installations de l'établissement regroupé.
211. En plus des fonctions prévues à l'article 148, le comité consultatif visé à l'article 209 exerce, à l'égard des installations de l'établissement regroupé Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's, les fonctions suivantes :
1. veiller à ce que le conseil d'administration du centre intégré soit informé des besoins particuliers de la communauté anglophone en matière de services de santé et de services sociaux et lui recommander des

- mesures propres à assurer l'adéquation de ces besoins et des services dispensés dans les installations de l'établissement regroupé;
2. faire des recommandations au conseil d'administration du centre intégré sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement regroupé;
 3. assurer la liaison entre le centre intégré, l'établissement regroupé, ses membres et la fondation de l'établissement regroupé et la communauté anglophone de la région;
 4. faire des recommandations au conseil d'administration du centre intégré en vue d'assurer la continuité des services dispensés en langue anglaise dans les installations de l'établissement regroupé, d'en améliorer la qualité et d'en favoriser le développement;
 5. émettre son avis sur le plan d'organisation préparé en application de l'article 183 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux en ce qui concerne la structure, la direction, les services et les départements du centre intégré;
 6. assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration du centre intégré.

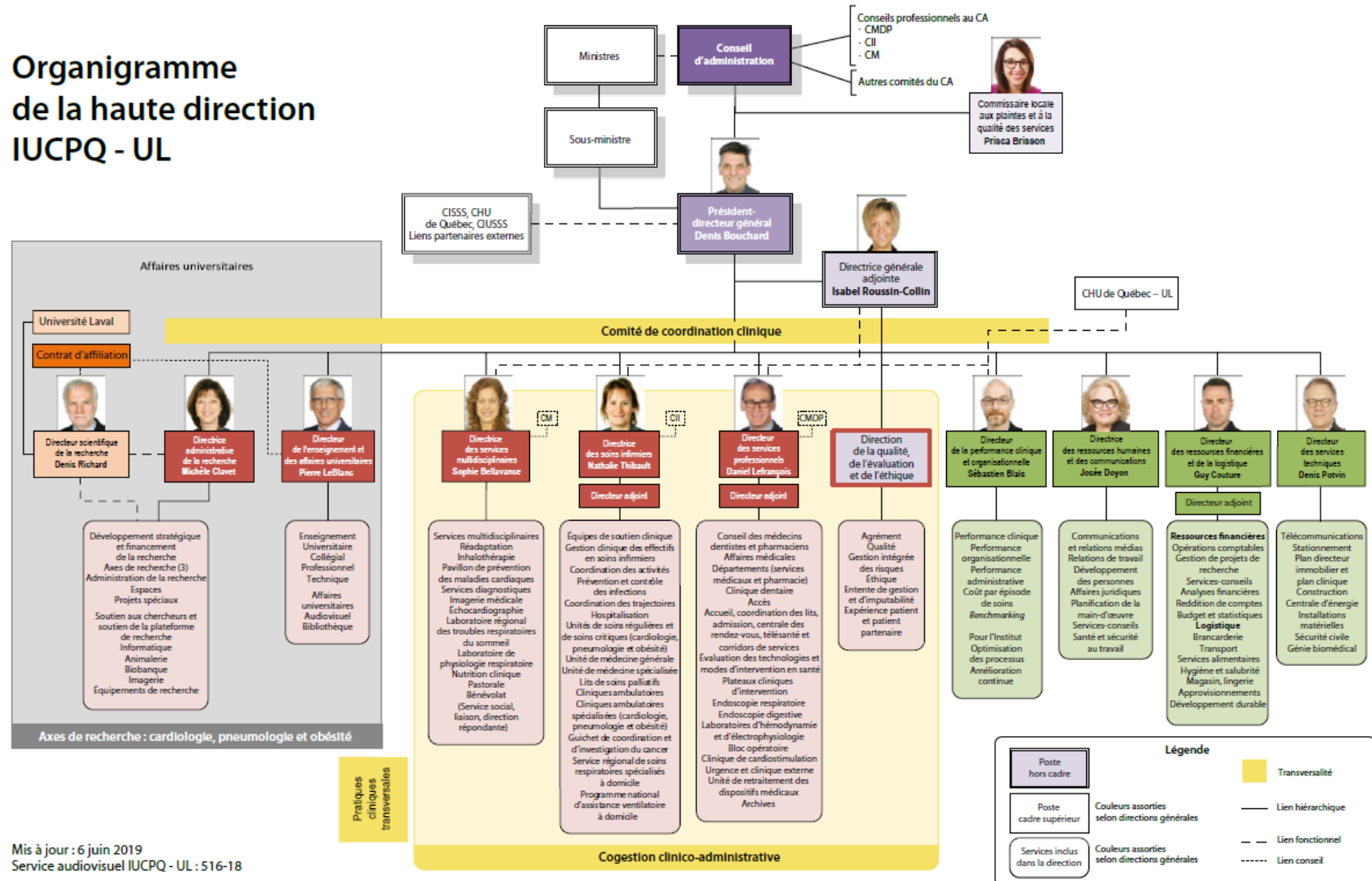
ANNEXE IV Carte des RUISS



ANNEXE V

Organigramme de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Organigramme de la haute direction IUCPQ - UL



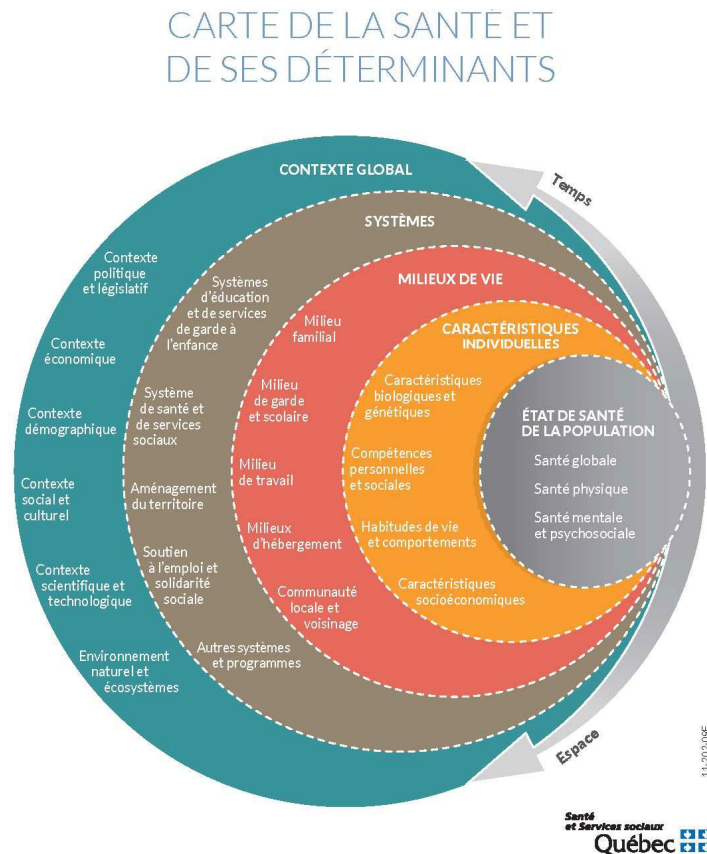
Mis à jour : 6 juin 2019
Service audiovisuel IUCPQ - UL : 516-18

ANNEXE VI

Portrait de la population d'expression anglaise pour les trois établissements de la région 03

Les déterminants de la santé

Figure 1 – Carte de la santé et de ses déterminants (MSSS, 2012)



Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (2012), les déterminants de la santé sont des « facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux que l'on peut associer à un problème de santé particulier ou encore à un état de santé global » (Figure 1).

De son côté, le Centre de collaboration nationale sur les déterminants sociaux de la santé (2019) explique que « l'interaction entre les déterminants sociaux de la santé amène les conditions de vie à se transformer et à changer au fil du temps et de la vie, influençant la santé des individus et des groupes de différentes façons. La répartition inéquitable de ces déterminants entre les groupes sociaux est à l'origine de la construction et de la reproduction des inégalités sociales de santé au sein d'un même pays ou entre divers pays. »

C'est donc par la lunette des principaux déterminants de la santé que ce portrait souhaite définir et comprendre la réalité de la population minoritaire d'expression anglaise du réseau territorial de services de la Capitale-Nationale (RTS 03). Les données utilisées proviennent du dernier recensement national de 2016 ainsi que d'une multitude de documents, officiels ou non.

La langue comme déterminant de la santé

Les barrières linguistiques en situation de soins de santé contribuent aux inégalités de santé et à l'insatisfaction des usagers

La présence de barrières linguistiques en situation de soins de santé est associée, entre autres, à des visites plus longues et moins fréquentes dans les cliniques médicales, à un plus grand nombre de visites aux urgences, à moins de suivis et à une plus importante insatisfaction envers les services reçus (INSPQ, 2013a).

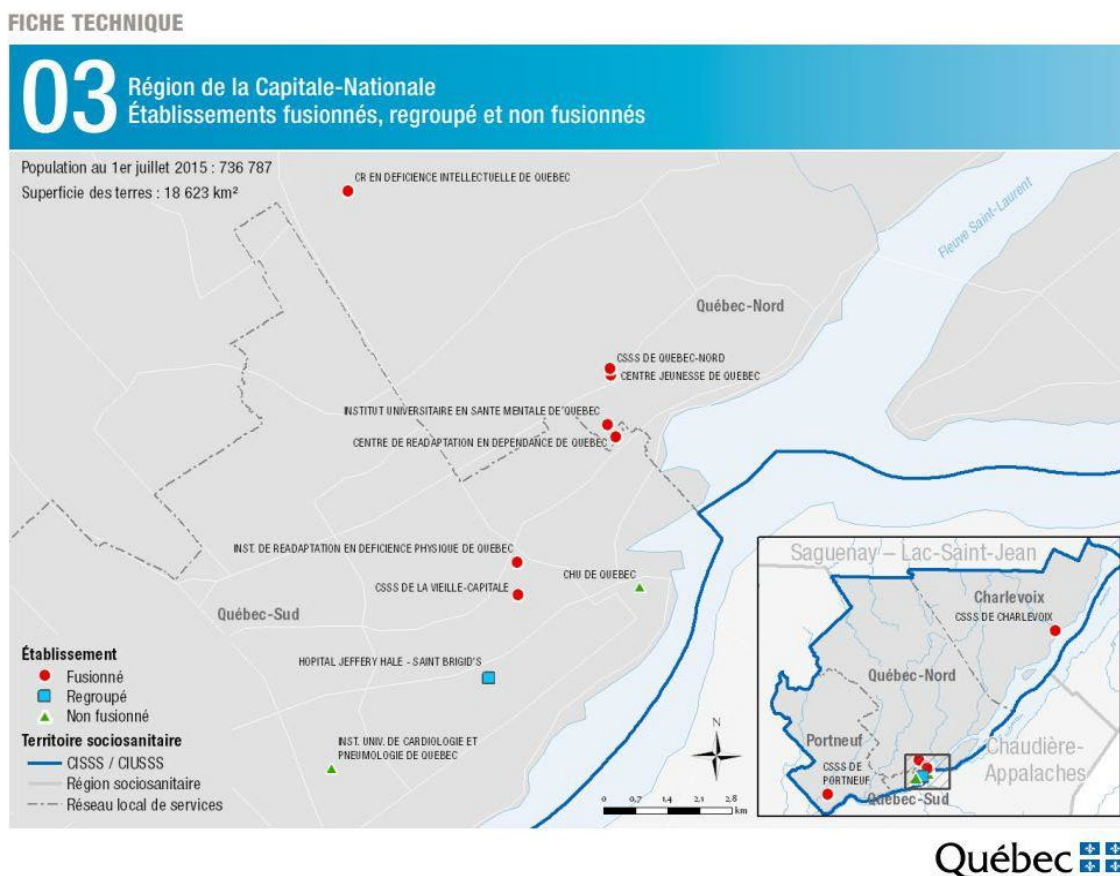
Ce sont les personnes les plus âgées, les plus pauvres et les femmes qui souffrent le plus de cette barrière de la langue. « Les barrières linguistiques contribueraient ainsi aux inégalités de santé parmi les populations d'une langue minoritaire » (INSPQ, 2013a).

Selon le *Plan d'action en santé publique pour la communauté d'expression anglaise de la Capitale-Nationale 2011-2015*, « [...] la barrière linguistique réduirait le recours aux services préventifs et le suivi adéquat des patients, particulièrement en ce qui a trait aux services basés sur la communication (santé mentale, réadaptation, services sociaux) et contribuerait à accroître l'utilisation de services d'urgence et le recours à des tests additionnels » (JHSB, 2011).

Territoire géographique couvert

Lorsque disponibles, les données présentées concernent le réseau territorial de services de la Capitale-Nationale (RTS 03). Ce dernier comprend les régions de Portneuf, de Québec et de Charlevoix. Il s'agit d'une division du territoire géographique selon la couverture des différentes instances de santé. Il inclut des établissements de santé fusionnés, regroupés et non fusionnés (Figure 2).

Figure 2 - Établissements du réseau territorial de services de la Capitale-Nationale



Source : Community Health and Social Services Network (CHSSN), 2017-2018, p.7

Taille de la population d'expression anglaise dans le RTS 03

2 % de la population du RTS 03 est d'expression anglaise

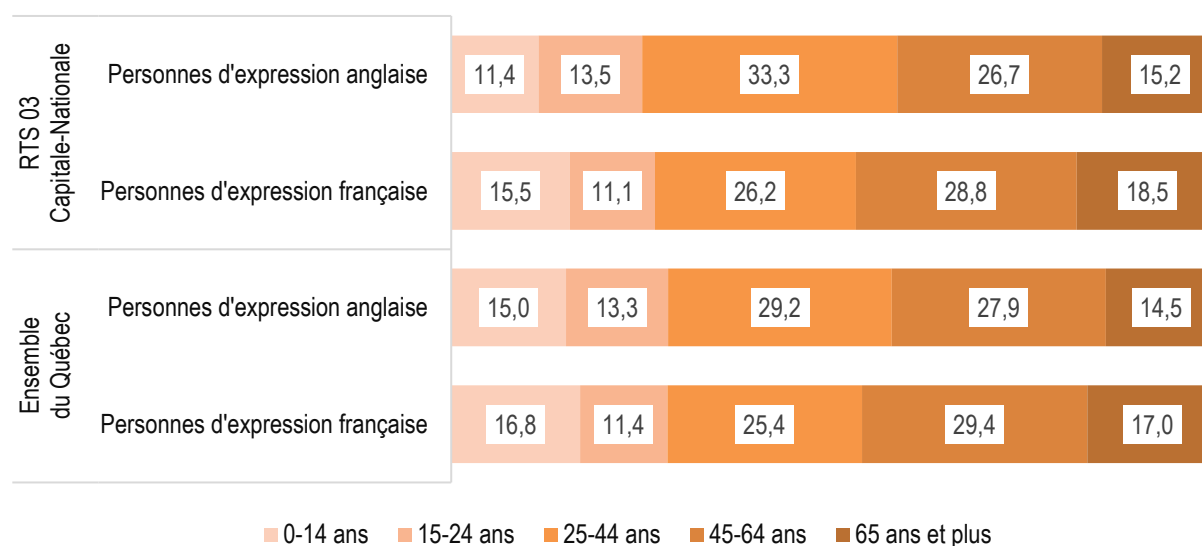
On dénombre **1 097 925** personnes d'expression anglaise dans la province de Québec, ce qui représente **13,8 %** de la population québécoise. Dans le RTS 03, **14 205** personnes sont d'expression anglaise, ce qui représente **2,0 %** de la population de la région (CHSSN, 2018).

Répartition selon l'âge

Selon le recensement de 2016, la proportion des personnes d'expression anglaise âgées de 25 à 44 ans a augmenté et celle des 65 ans et plus a diminué

Ce changement dans la répartition de la population selon l'âge s'observe autant dans le RTS 03 que dans la province de Québec (Figure 3).

Figure 3 – Répartition (%) de la population selon l'âge, par groupe linguistique en 2018



Selon le poids relatif des 45-64 ans et des 65 ans et plus, la structure de population est un peu moins âgée dans la population d'expression anglaise que dans la population d'expression française, tant dans le RTS 03 que dans l'ensemble du Québec. Dans la Capitale-Nationale, ces deux groupes d'âge représentent 42 % de la population d'expression anglaise comparativement à 47 % de la population d'expression française.

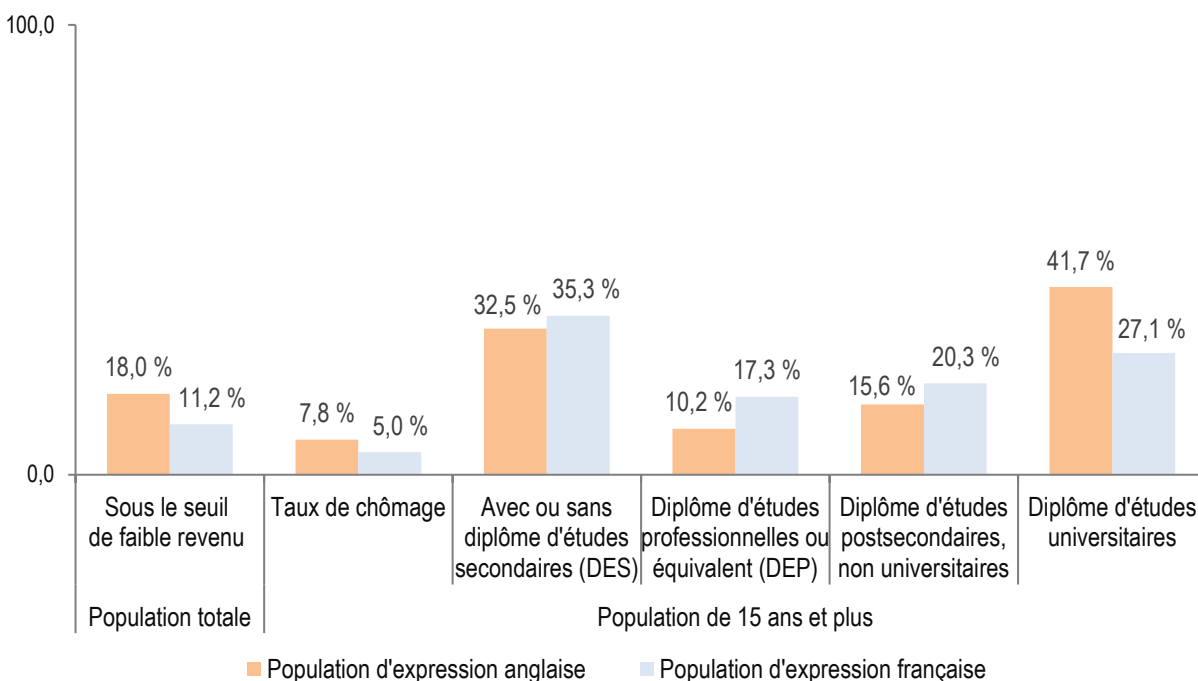
Le poids relatif des jeunes de 0-24 ans est légèrement plus faible dans la population d'expression anglaise que dans la population d'expression française (25 % comparativement à 27 %), tant dans le RTS 03 que dans l'ensemble du Québec.

La différence la plus notable dans la structure de population des deux groupes linguistiques se situe donc chez les 25-44 ans, où le poids relatif parmi la population d'expression anglaise est plus élevé que celui de la population d'expression française, particulièrement dans la Capitale-Nationale (33 % comparativement à 26 %).

Aspect socio-économique

Les personnes d'expression anglaise de la Capitale-Nationale sont surreprésentées dans la population vivant sous le seuil de faible revenu (SFR)² lorsque comparées à celles d'expression française. On constate un déséquilibre en défaveur de la population d'expression anglaise dans tous les groupes d'âge, à l'exception du groupe des 65 ans et plus (CHSSN, 2018). Toujours en 2016, le taux de chômage était légèrement plus élevé pour la population d'expression anglaise. Pour la même année, il y avait deux fois plus de familles en situation de monoparentalité et sous le seuil de faible revenu chez les personnes d'expression anglaise (CHSSN, 2018).

Figure 4 – Proportion (%) selon le seuil de faible revenu, le taux de chômage, la scolarité, par groupe linguistique, Capitale-Nationale, 2016



Source : CHSSN, 2018

Éducation

Des taux de diplomation qui varient selon le niveau d'études obtenu

En 2016, la proportion de la population québécoise détenant un diplôme d'études secondaires ou moins est légèrement plus élevée chez les personnes d'expression française (35,3 %) que celles d'expression anglaise (32,5 %). L'écart est plus grand en ce qui a trait à la diplomation d'une école de métiers (10,2 % des personnes d'expression anglaise et 17,3 % des personnes d'expression française) (CHSSN, 2018).

La proportion d'obtentions d'un diplôme d'études postsecondaires non universitaires est légèrement plus basse chez la population d'expression anglaise (15,6 %) que chez la population d'expression française (20,3 %) (CHSSN, 2018).

En ce qui concerne les études universitaires, la proportion de la population ayant obtenu un diplôme de baccalauréat ou supérieur est beaucoup plus importante chez les personnes d'expression anglaise (38,3 %) que celles d'expression française (23,4 %). On constate que la proportion d'obtentions d'un diplôme universitaire inférieur au baccalauréat est

² Il est à noter qu'au Québec, le ministère du Travail, de l'Emploi, et de la Solidarité sociale, par le biais du Centre d'études sur la pauvreté et l'exclusion, a recommandé l'abandon du seuil de faible revenu (SFR) en 2012 puisque cet indicateur comprend des limites de modélisation statistique. En effet, il ne saisit pas de manière optimale la pauvreté et l'inclusion sociale. De plus, son utilisation avant impôt gonfle la donnée, car il ne reflète pas les transferts gouvernementaux auxquels les populations vulnérables ont accès. Le SFR sera, tout de même utilisé dans ce document puisque les ressources consultées y font référence.

semblable entre la population d'expression anglaise et celle d'expression française (3,4 % et 3,7 % respectivement) (CHSSN, 2018).

Origine ethnique et mobilité

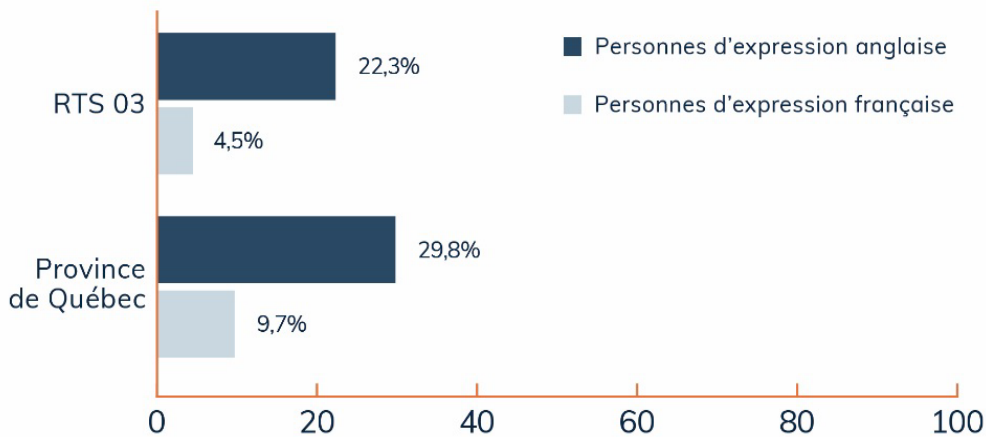
La communauté d'expression anglaise possède une plus grande diversité ethnique



La composition de la communauté minoritaire d'expression anglaise de la Capitale-Nationale a changé au cours du temps. Aujourd'hui, c'est près de la moitié de cette communauté qui est née dans une autre province canadienne ou dans un autre pays (HSSPC, 2017).

Une plus grande proportion de membres de la communauté d'expression anglaise appartient à une minorité visible (Figure 5).

Figure 5 – Proportion de la population qui appartient à une minorité visible



Source : Pocock, 2018

Les personnes issues des minorités visibles et qui sont d'expression anglaise sont plus vulnérables d'un point de vue socio-économique; le tiers d'entre elles (33,2 %) vit sous le SFR. Ce taux est de 17 % chez la population d'expression anglaise non issue des minorités visibles et de 13,8 % chez celle d'expression française du reste de la province (HSSPC, 2017).

Une population mobile

Selon le sondage sur la vitalité des communautés, les répondants d'expression anglaise de la Capitale-Nationale sont moins enclins que la moyenne anglophone provinciale à changer de région de résidence (Tableau 1) (CHSSN, 2016b).

Tableau 1 – Années vécues dans la région de la Capitale-Nationale, 2016

Répondants d'expression anglaise de :	Moins de 5 ans	Entre 5 et 20 ans	Plus de 20 ans
La Capitale-Nationale	3,1 %	19,4 %	77,5 %
La province de Québec	5,2 %	26,5 %	68,3 %

Source : CHSSN, 2016b

Participation sociale

Une vie sociale active... mais pas toujours en anglais

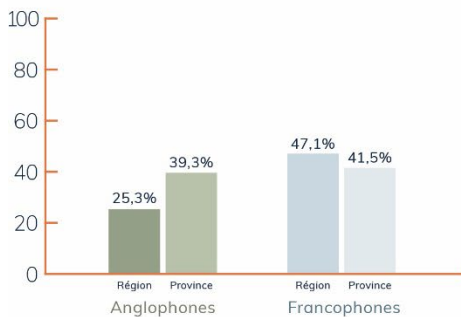
Figure 6 – Participation sociale de la communauté d'expression anglaise, 2015- 2016

Lors d'un sondage sur la vitalité des communautés de la minorité anglophone de la région de la Capitale-Nationale, on apprend que :

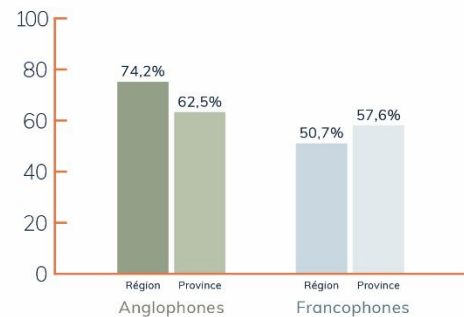


Selon les données analysées lors d'un sondage sur la santé des communautés en 2011-2012, les anglophones de la région de la Capitale-Nationale :

– Obtiennent le moins fréquemment le score le plus élevé d'intégration sociale, tant lorsque comparé à la population d'expression française de la même région que lorsque comparé à la moyenne provinciale d'expression anglaise.



+ Possèdent le plus un fort sentiment d'attachement à leur communauté, autant lorsque comparé à leurs pairs d'expression française de la même région que lorsque comparé à la moyenne provinciale d'expression anglaise.



Affirment avoir des personnes sur qui compter en cas de besoin à **79%** ...comparativement à 73,4 % des francophones de la région

moyenne provinciale pour les anglophones : 65,8 %, moyenne provinciale pour les francophones : 68,9 %

Affirment avoir des personnes sur qui compter en cas d'urgence à **89,4%** ...comparativement à 74,1 % des francophones de la région



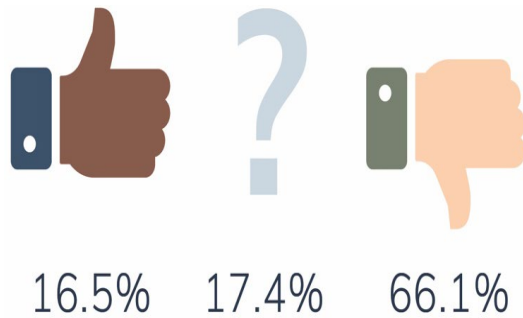
moyenne provinciale pour les anglophones : 65,8 %, moyenne provinciale pour les francophones : 69,1 %

(CHISSN, 2015)

La participation accrue des aînés

Les aînés d'expression anglaise ayant répondu au sondage sur la vitalité des communautés se distinguent par leur engagement et par leur fort sentiment d'appartenance à leur communauté (CHSSN, 2016c). En 2011-2012, ils étaient proportionnellement plus nombreux à mentionner faire des activités de bénévolat que les autres groupes d'âge (Figure 6) (CHSSN, 2016c).

Figure 7 – Satisfaction quant à l'offre de loisirs en langue anglaise, 2016



Un faible taux de satisfaction quant à l'offre de loisirs

Les répondants au sondage sur la vitalité des communautés de la communauté d'expression anglaise de la Capitale-Nationale sont les plus insatisfaits dans la province en ce qui concerne l'offre d'activités physiques et sportives et de loisirs en anglais (Figure 7) (CHSSN, 2016c).

Ils sont également davantage insatisfaits des activités offertes en anglais aux jeunes que les membres des autres communautés d'expression anglaise de la province et font partie des communautés d'expression anglaise les plus insatisfaites des activités offertes en anglais dans les centres de bien-être pour aînés (Tableau 2).

Tableau 2 – Taux de satisfaction de l'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais, 2019

Taux de satisfaction envers les activités offertes en anglais					
Région et groupe ciblé	1 = Pas du tout satisfait	2	3	4	5 = Totalemment satisfait
Jeunes – RTS de la Capitale-Nationale	14,3 %	10,7 %	21,7 %	36,5 %	16,9 %
Aînés – RTS de la Capitale-Nationale	20,6 %	3,1 %	26,7 %	40,6 %	9,0 %
Jeunes – Total de la province de Québec	12,6 %	10,6 %	26,8 %	23,6 %	26,4 %
Aînés – Total de la province de Québec	13,0 %	14,8 %	25,2 %	24,4 %	22,6 %

Source : CHSSN, 2019

L'isolement social et les minorités linguistiques

L'appartenance à une communauté linguistique minoritaire est un défi d'importance inégale selon la région, la taille de la communauté et le milieu (urbain ou rural)

Selon l'INSPQ (2019), « Certains groupes d'individus seraient plus susceptibles d'être victimes d'exclusion sociale ou de discrimination (ex. : les minorités visibles, les femmes, les personnes ayant des limitations fonctionnelles), donc de vivre dans des conditions de vie moins favorables à la santé ».

Lors d'une consultation auprès des membres de communautés linguistiques minoritaires au Canada, les participants ont indiqué que les trois plus importants défis des communautés minoritaires d'expression anglaise au Québec sont, par ordre d'importance (Figure 8).

Figure 8 – Défis des communautés minoritaires d'expression anglaise au Québec, 2017



Enfance et famille

Les enfants d'expression anglaise sont plus susceptibles d'être vulnérables dans l'une des sphères du développement global

L'enquête québécoise sur le développement des enfants de la maternelle (EQDEM) mesure le développement global de l'enfant selon cinq domaines :

1. **Santé physique et bien-être** : développement physique général, motricité, alimentation et habillement, propreté, ponctualité, état d'éveil;
2. **Compétences sociales** : habiletés sociales, confiance en soi, sens des responsabilités, respect des pairs, des adultes, des règles et des routines, habitudes de travail et autonomie, curiosité;
3. **Maturité affective** : comportement prosocial et entraide, crainte et anxiété, comportement agressif, hyperactivité et inattention, expression des émotions;
4. **Développement cognitif et langagier** : intérêt et habiletés en lecture, en écriture et en mathématiques, utilisation adéquate du langage;
5. **Habiletés de communication et connaissances générales** : capacité à communiquer de façon à être compris, capacité à comprendre les autres, articulation claire, connaissances générales (ISQ, 2018).

Entre 2012 et 2017, on observe une augmentation de la proportion d'enfants vulnérables dans trois des cinq domaines du développement pour l'ensemble des enfants du RTS 03, soit la santé physique et le bien-être, les compétences sociales et la maturité affective (ISQ, 2018).

Une augmentation du nombre d'enfants vulnérables dans au moins un et au moins deux domaines du développement global est observée en 2017 (Tableau 3).

Tableau 3 – Proportion (%) d'enfants vulnérables à la maternelle dans au moins un ou au moins deux domaines du développement global, tous groupes linguistiques confondus, RTS 03 et ensemble du Québec, 2012 et 2017

	Capitale-Nationale (RTS 03)			Ensemble du Québec		
	2012	2017	Test	2012	2017	Test
Un domaine	23	25	(+)	26	28	(+)
Deux domaines	11	13	(+)	13	14	(+)

Source : ISQ, 2018

Entre 2012 et 2017, les proportions d'enfants vulnérables dans au moins un ou deux domaines du développement global a augmenté, tant dans le RTS 03 que dans l'ensemble du Québec. Les proportions régionales sont un peu moins élevées que celles de l'ensemble du Québec (Tableau 4).

Tableau 4 – Proportion (%) d'enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement, selon la langue maternelle de l'enfant, RTS 03 et ensemble du Québec, 2012 et 2017

	Capitale-Nationale (RTS 03)		Ensemble du Québec	
	2012	2017	2012	2017
Au moins le français	22	24	23	26
L'anglais, mais pas le français	*26	*38	33	37
Ni le français ni l'anglais	42	45	35	35

Source : ISQ, 2018

Entre 2012 et 2017, la proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement selon la langue maternelle de l'enfant a augmenté, tant dans le RTS 03 que dans l'ensemble du Québec. Les enfants, dont la langue maternelle n'est, ni le français, ni l'anglais, sont plus vulnérables que les enfants dont la langue maternelle est l'anglais ou le français dans le RTS 03 comparativement à l'ensemble du Québec.

Un moins bon score dans les différents domaines du développement est associé, entre autres, à l'appartenance à un milieu défavorisé, au fait d'être un garçon et au fait d'être né à l'extérieur du Canada (ISQ, 2018). Les enfants de la minorité d'expression anglaise de la Capitale-Nationale sont proportionnellement plus nombreux à vivre sous le seuil de faible revenu (19,2 % des familles d'expression anglaise contre 14,4 % des familles d'expression française) (HSSPC, 2017) et sont plus souvent nés à l'extérieur du Canada que les enfants de la majorité d'expression française. Conséquemment, ils sont plus susceptibles d'être vulnérables dans l'un des domaines du développement global.

Un faible taux de satisfaction pour les services de garde

La Capitale-Nationale est une des trois régions de la province où les répondants de la communauté d'expression anglaise au sondage du CHSSN 2019 sont les moins satisfaits des services de garde offerts en anglais, avec les régions de Lanaudière et de Montérégie-Est (Tableau 5).

Tableau 5 – Satisfaction des répondants de la communauté d'expression anglaise des services de garde offerts en anglais et des services préscolaires, 2019

Satisfaction concernant les services de garde offerts en anglais						
Régions	1 = pas du tout satisfait	2	3	4	5 = totalement satisfait	N'a pas utilisé le service
Capitale-Nationale	33,6 %	5,7 %	17,8 %	16,7 %	26,3 %	49,5 %
Lanaudière	49,2 %	10,6 %	33,6 %	5,0 %	1,7 %	37,8 %
Montréal-Est	35,3 %	-	34,5 %	16,9 %	13,2 %	67,4 %
La province de Québec	12,8 %	8,9 %	19,4 %	24,9 %	33,9 %	52,7 %

Source : CHSSN, 2019

Plus de troubles de santé mentale et d'intimidation chez les jeunes d'expression anglaise d'âge secondaire

La prévalence de diagnostics de troubles de santé mentale est plus élevée chez les élèves du secondaire d'expression anglaise comparativement à ceux d'expression française. La prévalence de ces troubles de santé mentale est également plus élevée chez les jeunes qui vivent dans des familles reconstituées et monoparentales que ceux vivant dans des familles biparentales ou à garde partagée, et ce, autant pour les élèves d'expression anglaise que ceux d'expression française. Les élèves du réseau d'enseignement anglophone sont cependant plus exposés à la violence et à la cyberintimidation, particulièrement les filles, que leurs pairs du réseau francophone (Duplain, 2019). De plus, les élèves du réseau d'enseignement anglophone présentent un niveau plus élevé de détresse psychologique (Duplain, 2019).

La situation des personnes d'expression anglaise de 19 à 25 ans est plus difficile que celle des personnes d'expression française du même âge

Les jeunes d'expression anglaise de 19 à 25 ans sont plus susceptibles que leurs pairs d'expression française de :

- vivre sous le seuil de pauvreté (68,2 % des personnes d'expression anglaise contre 59,8 % des personnes d'expression française) (CHSSN, 2018b);
- bénéficier de l'assurance chômage (13,3 % des personnes d'expression anglaise comparativement à 9,8 % des personnes d'expression française). Ce groupe d'âge possède également un taux de chômage plus élevé que la norme pour l'ensemble de la population d'expression anglaise du Québec tous groupes d'âge confondus (8,9 %) (CHSSN, 2018b).

De plus, ce groupe d'âge est particulièrement vulnérable puisqu'il possède une plus faible estime de soi ainsi qu'un niveau plus élevé de stress psychologique. La majorité des jeunes d'expression anglaise mentionnent également que leurs compétences ne sont pas ou peu reconnues, ce qui peut contribuer à certains facteurs expliquant cette faible estime de soi (CHSSN, 2015).

Habitudes de vie et perception de la santé

Les personnes d'expression anglaise de la province consomment moins de fruits et de légumes, sont plus nombreuses proportionnellement à être en surpoids et sont plus stressées en général que leurs homologues d'expression française. Cependant, elles sont moins nombreuses à être inactives lors de leurs moments de loisir (INSPQ, 2013b).

Plus de stress

Pour près du tiers (31,3 %) des personnes d'expression anglaise du RTS 03, la plupart de leurs journées sont stressantes. Cette proportion est plus élevée que chez les personnes d'expression française (25,3 %) (CHSSN, 2015). Cependant, ce stress ne provient pas nécessairement du travail, puisque les répondants d'expression anglaise de la région sont 2,5 fois plus nombreux proportionnellement que ceux d'expression française à affirmer que leur travail n'est pas une source de stress (20,6 % des personnes d'expression anglaise vs 8,4 % d'expression française) (CHSSN, 2015).

Un moins bon état de santé mentale

Les répondants d'expression anglaise du RTS 03 ont une perception de leur état de santé mentale légèrement moins bonne que la majorité d'expression française de la région (39,1 % des répondants d'expression anglaise ont affirmé avoir une excellente santé mentale contre 42,4 % des répondants d'expression française) (Tableau 6) (CHSSN, 2015).

Les répondants d'expression anglaise du RTS 03 rapportent plus de problèmes d'anxiété, un taux plus faible de satisfaction envers leur vie, ressentir moins de bonheur et un plus faible sentiment d'appartenance à la communauté que la majorité d'expression française de la région. Ils ont également plus tendance que les personnes d'expression française à manquer des journées de travail en raison de problèmes de santé mentale ou physique chroniques (CHSSN, 2015).

Tableau 6 – Perception de l'état de santé mentale, selon la région et le groupe linguistique, 2015

Questions sur la santé mentale et autres éléments liés	Anglophones Capitale-Nationale	Francophones Capitale-Nationale	Anglophones Québec	Francophones Québec
Désordre de l'humeur	3,3 %	3,2 %	4,7 %	5,1 %
Anxiété	7,1 %	5,5 %	4,6 %	6,4 %
Trouble du sommeil	11,2 %	13,4 %	16,7 %	16,2 %
Très satisfait de sa vie	6,3 %	18,0 %	15,7 %	17,7 %
Bonheur	19,2 %	35,3 %	28,4 %	32,2 %
Fort sentiment communautaire	3,0 %	10,0 %	15,9 %	11,4 %

Source : CHSSN, 2015

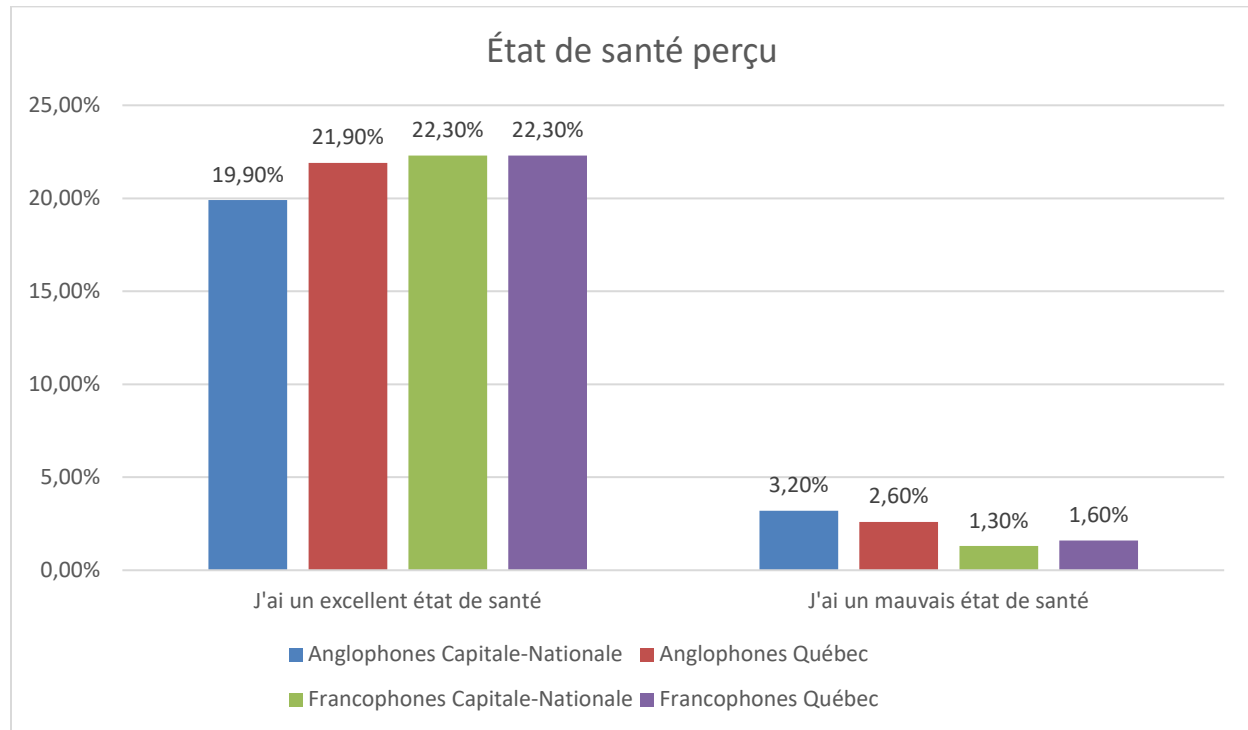
Une moins bonne perception de leur état de santé globale

Statistique Canada utilise la « santé perçue » comme l'un des indicateurs de l'état de santé globale de la population. Les répondants au formulaire long du recensement doivent indiquer s'ils jugent que leur état de santé globale est excellent, très bon, bon, passable ou mauvais.³

Les personnes d'expression anglaise de la Capitale-Nationale ont moins tendance que celles d'expression française à percevoir leur état de santé comme « excellent » et ont plus tendance à percevoir leur état de santé comme « mauvais ». La proportion régionale des personnes d'expression anglaise qui perçoivent avoir un excellent état de santé est plus faible que la proportion provinciale. De même, la proportion régionale des personnes d'expression anglaise qui perçoivent avoir un mauvais état de santé est plus grande qu'au niveau provincial (Figure 9).

³ « La santé perçue est une mesure subjective de l'état de santé globale d'une personne. L'auto-évaluation de la santé peut refléter certains aspects de cette dernière qu'il est difficile de saisir cliniquement, tels que le premier stade d'une maladie, la gravité d'une maladie, les ressources physiologiques et psychologiques, ainsi que le fonctionnement social. Diverses études ont montré qu'il s'agit d'une mesure fiable et valide, associée à la détérioration fonctionnelle, à la morbidité et à la mortalité. En outre, la santé perçue permet souvent de mieux prédire les comportements de demande d'aide et l'utilisation des services de santé que les mesures cliniques » (Statistique Canada, 2019).

Figure 9 – Perception de l'état de santé global, 2011-2012



Source : CHSSN, 2015

Un plus haut taux d'absentéisme au travail à cause de problèmes de santé

Lorsqu'on compare la minorité d'expression anglaise avec la majorité d'expression française dans l'ensemble de la province, on constate que les premiers ont davantage tendance à manquer des journées de travail pour des maladies physiques chroniques ou pour des problèmes de santé mentale (11,9 % des répondants d'expression anglaise contre 10,6 % des répondants d'expression française) (CHSSN, 2015).

Moins de diagnostics pour certaines maladies chroniques

Les personnes d'expression anglaise reçoivent cependant moins de diagnostics de diabète, d'arthrite chronique et de maladies cardiovasculaires que leurs pairs d'expression française du RTS 03 (CHSSN, 2015).

Besoins en santé

Un plus grand besoin anticipé pour des services de santé

En 2015, les répondants d'expression anglaise de la Capitale-Nationale étaient parmi les plus portés au Québec à prévoir qu'eux-mêmes, ou des gens qu'ils connaissent, allaient avoir besoin des services d'un établissement public de soins de longue durée au cours des cinq prochaines années (40 %) (Tableau 7) (CHSSN, 2016c). Ils étaient également nombreux à anticiper l'utilisation des soins publics à domicile.

Tableau 7 – Préviation des besoins en soins de santé et de services sociaux, selon la région, 2016

Préviation des besoins en soins de santé et de services sociaux pour les cinq prochaines années Soins à long terme, résidence pour aînés, soins à domicile (Capitale-Nationale)				
	Établissement public de soins de longue durée	Soins à domicile publics	Résidence privée ou établissement privé de soins de longue durée	Soins infirmiers privés à domicile
Personnes d'expression anglaise de la Capitale-Nationale	40,0 %	39,6 %	26,7 %	26,0 %
Personnes d'expression anglaise de la province de Québec	32,2 %	35,3 %	27,0 %	28,3 %

Source : CHSSN, 2016b

Moins de services en anglais que la moyenne provinciale

Le RTS 03 est l'une des régions où l'accès en anglais à certains services, notamment ceux d'une salle d'urgence ou d'une clinique externe d'un hôpital ou encore ceux d'un médecin en clinique ou en cabinet privé est rapporté par les répondants comme le moins fréquent (CHSSN, 2019). De plus, les répondants d'expression anglaise de la Capitale-Nationale rapportent davantage que la plupart des autres communautés d'expression anglaise à travers la province ne pas être servies en anglais lorsqu'elles reçoivent des services, notamment d'un CLSC, malgré le fait qu'elles en font la demande (Tableau 8, Tableau 9, Tableau 10). Ces données excluent les services offerts par l'Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's spécialisé dans ce type de services exclusivement en anglais.

Tableau 8 – Langue de service, par services reçus, comparaison entre le RTS de la Capitale-Nationale et la province de Québec, 2019

Langue des services, par services reçus, comparaison entre le RTS de la Capitale-Nationale et la province de Québec				
Service	RTS de la Capitale-Nationale		Total de la province de Québec	
	Servi en anglais		Servi en anglais	
	Oui	Non	Oui	Non
Médecin en clinique ou cabinet privé	12,6 %	87,4 %	80,5 %	19,5 %
CLSC (sauf Info Santé)	15,9 %	84,1 %	54,7 %	45,3 %
Salle d'urgence ou clinique externe des hôpitaux	15,3 %	84,7 %	69,0 %	31,0 %
Séjour d'une nuit à l'hôpital	21,6 %	78,4 %	67,9 %	32,1 %

Source : CHSSN, 2019

Tableau 9 – Langue des informations offertes, par services reçus, comparaison entre le RTS de la Capitale-Nationale et la province de Québec, 2019

Langue des informations offertes, par services reçus, comparaison entre le RTS de la Capitale-Nationale et la province de Québec				
Service	RTS de la Capitale-Nationale		Total de la province de Québec	
	Information en anglais		Information en anglais	
	Oui	Non	Oui	Non
CLSC – formulaires d'information	16,1 %	83,9 %	51,8 %	48,2 %
Salle d'urgence ou clinique externe des hôpitaux – formulaires	20,3 %	79,7 %	61,5 %	38,5 %
Séjour d'une nuit à l'hôpital – formulaires de consentement	6,9 %	93,1 %	58,5 %	41,5 %
Séjour d'une nuit à l'hôpital – autres informations	33,0 %	67,0 %	54,4 %	45,6 %
Séjour d'une nuit à l'hôpital – instructions pré-intervention et post-intervention	10,7 %	89,3 %	58,8 %	41,2 %
Séjour d'une nuit à l'hôpital – instructions au moment d'être libéré	7,4 %	92,6 %	62,7 %	37,3 %

Source : CHSSN, 2019

Tableau 10 – Langue du personnel, par catégorie, comparaison entre le RTS de la Capitale-Nationale et la province de Québec, 2019

Langue du personnel, par catégorie, comparaison entre le RTS de la Capitale-Nationale et la province de Québec				
Service	RTS de la Capitale-Nationale		Total de la province de Québec	
	Parlait en anglais		Parlait en anglais	
	Oui	Non	Oui	Non
CLSC – réceptionniste	16,4 %	83,6 %	48,4 %	51,6 %
CLSC – professionnels de la santé et des services sociaux	16,8 %	23,5 %	66,0 %	34,0 %
Salle d'urgence ou clinique externe des hôpitaux – personnel d'admission	16,0 %	84,0 %	66,2 %	33,8 %
Salle d'urgence ou clinique externe des hôpitaux – docteurs ou professionnels de la santé et des services sociaux	23,5 %	76,5 %	78,4 %	21,6 %
Séjour d'une nuit à l'hôpital – docteur	32,3 %	67,7 %	80,4 %	19,6 %
Séjour d'une nuit à l'hôpital – technicien médical	5,8 %	94,2 %	71,1 %	28,9 %

Source : CHSSN, 2019

L'ensemble des résultats retrouvés dans les tableaux 8, 9 et 10 doivent néanmoins être contextualisés. En effet, la très grande majorité des répondants d'expression anglaise du RTS de la Capitale-Nationale (95,5 %) se déclarent bilingues (CHSSN, 2019). C'est sans compter que les services de CLSC en anglais dans la Ville de Québec sont uniques, de par la présence de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's. Les auteurs du rapport précisent que « plusieurs utilisateurs de ces services peuvent ne pas réaliser que ceux-ci font partie du système de CLSC » (CHSSN, 2019). Ces éléments pourraient donc expliquer des résultats aussi faibles en matière d'offre de services en anglais par rapport au reste de la province.

Une plus faible satisfaction quant à l'accès aux services de santé en anglais que la moyenne provinciale

Moins du tiers (28,2 %) des personnes d'expression anglaise de la région de la Capitale-Nationale sont satisfaites quant à l'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais. Ce taux de satisfaction est significativement plus faible que le taux de satisfaction provincial (Tableau 11).

Tableau 11 – Taux de satisfaction de l'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais, 2019

Taux de satisfaction de l'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais					
Région	1 = Pas du tout satisfait	2	3	4	5 = Totalemment satisfait
RTS de la Capitale-Nationale	13,5 %	13,5 %	36,9 %	16,4 %	19,7 %
Total de la province de Québec	13,7 %	14,8 %	21,8 %	27,2 %	22,5 %

Source : CHSSN, 2019

Bibliographie

- Centre de collaboration nationale sur les déterminants sociaux de la santé (CCNDS) (2019). *Glossaire français : Déterminants sociaux de la santé*. Antigonish : Université St. Francis Xavier. <http://nccdh.ca/fr/glossary/entry/determinants-sociaux-de-la-sante>
- Community Health and Social Services Network (CHSSN) (2015). *Canadian Community Health Survey (2011-2012). Findings related to the Mental and Emotional Health of Quebec's English-speaking Communities. Baseline Data Report*. Rapport produit par Joanne Pocock. Québec, 140 pages.
- Community Health and Social Services Network (CHSSN) (2016c). *2015 CHSSN-CROP Survey on Community Vitality. Findings on English-speaking Community Vitality across Key Sectors. Baseline Data Report 2015-2016*. Rapport produit par Joanne Pocock. Québec, 180 pages. <http://veg.ca/wp-content/uploads/2014/07/2015-2016-CHSSN-Community-Vitality-Survey.pdf>
- Community Health and Social Services Network (CHSSN) (2018). *Demographic Profiles of the English-speaking Communities of RTS de la Capitale-Nationale. Based on the 2016 Census of Canada. Baseline Data Report Series 2017-2018*. Rapport produit par Dre Joanne Pocock. Québec, 41 pages. http://chssn.org/pdf/En/2018/rts0310_RTS_de_la_Capitale-Nationale.pdf
- Community Health and Social Services Network (CHSSN) (2018). *Demographic Profiles of the English-speaking Communities of RTS de la Capitale-Nationale. Based on the 2016 Census of Canada. Baseline Data Report Series 2017-2018*. Rapport produit par Joanne Pocock. Québec, 41 pages. http://chssn.org/pdf/En/2018/rts0310_RTS_de_la_Capitale-Nationale.pdf
- Community Health and Social Services Network (CHSSN) (2018b). *Key demographic and socio-economic characteristics of Quebec's English-speaking youth (15-29)*. Rapport produit par Joanne Pocock. Québec, 45 pages. <https://chssn.org/pdf/CHSSN-Baseline-Data-Report-2018-2019-part-1.pdf>
- Community Health and Social Services Network (CHSSN) (2019). *2019 CHSSN-CROP Community Health and Social Survey. English-language Health and Social Services Access in Québec. Baseline Data Report 2018-2019: Part 1 (Telephone Survey)*. Rapport produit par Joanne Pocock. Québec, 282 pages. <http://chssn.org/pdf/CHSSN-Baseline-Data-Report-2018-2019-part-1.pdf>
- Duplain, M. (2019). *Les jeunes du secondaire dans la Capitale-Nationale Comment se portent-ils ? (EQSJS 2016-2017)*. Document préparé pour la Table de concertation Jeffery Hale / Jeffery Hale Networking Table. Québec, 20 pages
- Health and Social Services Priorities Committee (HSSPC) (2017). *Rapport sur les priorités des communautés d'expression anglaise du Québec en matière de santé et de services sociaux*. Rapport produit par James Carter et Joanne Pocock, présenté à Santé Canada, 52 pages.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2013a). *Adaptation linguistique des soins et des services de santé : enjeux et stratégies*. Montréal : Gouvernement du Québec, 48 pages. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1656_AdapLinguisSoinsServicesSante.pdf
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2013b). *Lifestyle Habits and Health Indicators of Québec Anglophones. Language as a determinant of health status and service quality*. Montréal : Gouvernement du Québec, 52 pages. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1704_HabVielndicSanteAngloQc_VA.pdf

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2019). *Principaux déterminants de la santé – Environnement social*. Montréal : Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-de-la-sante/principaux-determinants-de-la-sante-environnement-social>

Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2018). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2017. Portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives*. Québec : Gouvernement du Québec, 123 pages. <http://www.eqdem.stat.gouv.qc.ca/>;
<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/developpement-enfants-maternelle-2017.pdf>

Jeffery Hale – Saint Brigid's (JHSB) (2011). *Plan d'action en santé publique pour la communauté d'expression anglaise de la Capitale-Nationale 2011-2015*. Québec, 54 pages.
http://www.jhsb.ca/assets/Brochures/Misc/paSC_1905webFR.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2012). *La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

Ministère du Patrimoine Canada, Direction générale des langues officielles (2017). *Consultations pancanadiennes sur les langues officielles 2016. Rapport final*. Ottawa : Gouvernement du Canada, 43 pages.

Pocock, Joanne (2018). *Demographic and Socio-economic Characteristics of the English-speaking Population or RTS de la Capitale-Nationale*. Document préparé pour la Table de concertation Jeffery Hale / Jeffery Hale Networking Table. Québec, 30 pages.

Statistique Canada (2019). *Santé perçue*. Ottawa : Gouvernement du Canada.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-229-x/2009001/status/phx-fra.htm>

ANNEXE VII Secteurs évalués dans l'établissement

Direction	Secteur clinique évalué	Référence à une personne bilingue du service	Service d'interprètes connu	Personnel parfaitement bilingue dans le service	Observation	Écart	Accessibilité	Continuité	Qualité	
Direction des services professionnels	Admission	√			Un champ est disponible dans le logiciel afin de permettre d'identifier la langue parlée de l'utilisateur, mais il n'est pas utilisé par tout le personnel	Non-uniformité lors de la saisie des données dans le logiciel au Service de l'admission		√		
	Accueil	√			La personne qui occupe présentement le poste est francophone unilingue	Absence de critères linguistiques pour l'obtention d'un poste stratégique	√	√	√	
	Urgence	√	√		S. O.	S. O.				
	Politique/Procédure d'interprète				La procédure sur l'utilisation des interprètes (Guide de l'utilisateur « demandeur » version modifiée pour la Banque d'interprètes de la Capitale-Nationale) est disponible pour le personnel	Méconnaissance de la procédure dans certains secteurs			√	
	Consentement aux soins				Il existe 56 différents formulaires de consentement dans l'établissement, dont huit sont traduits (14,2 %)	Les formulaires de consentement ne sont pas tous traduits en langue anglaise			√	
	Table des chefs de départements médicaux				√	S. O.				
	Pharmacie				√	Tous les pharmaciens sont bilingues	S. O.			
	Plateaux techniques	√				L'utilisateur d'expression anglaise se voit attribuer un membre de l'équipe qui est bilingue	S. O.			
	Service d'hémodynamie	√	√			L'utilisateur d'expression anglaise se voit attribuer un membre de l'équipe qui est bilingue	S. O.			
Direction des soins infirmiers	Cliniques ambulatoires				Dans les secteurs cliniques, lorsqu'un usager d'expression anglaise se présente ou qu'il est hospitalisé, on lui attribue du personnel bilingue					
	Clinique de chirurgie cardiaque (préopératoire/postopératoire)	√	√							S. O.
	Clinique de chirurgie bariatrique (préopératoire/postopératoire)	√	√							S. O.
	Chirurgie thoracique	√	√							S. O.
	Hospitalisations									S. O.
	Chirurgie cardiaque (3C et 3SI)	√	√							S. O.
	Chirurgie thoracique	√	√							S. O.

Direction	Secteur clinique évalué	Référence à une personne bilingue du service	Service d'interprètes connu	Personnel parfaitement bilingue dans le service	Observation	Écart	Accessibilité	Continuité	Qualité
	(6C et 6SI)								
	Chirurgie bariatrique 2D	√	√			S. O.			
	Hémodynamie 1D	√	√			S. O.			
	Conseil des infirmières et infirmiers				Le service d'interprète est connu des assistantes infirmières-chefs des secteurs cliniques. De plus, pour tous les bacheliers de l'Université Laval, le cours de base en anglais est obligatoire	S. O.			
Direction de la recherche	Recherche			√					
Direction des services multidisciplinaires	Comité multidisciplinaire	√			S. O.	S. O.			
	Professionnels	√			Le service d'interprète est peu connu du personnel des services professionnels				√
	Imagerie médicale	√	√		S. O.	S. O.			
	Électrophysiologie	√			S. O.	S. O.			
AUTRES SECTEURS									
Direction des ressources financières et de la logistique	Perception	√	√		Le personnel de la perception se réfère à un collègue bilingue lorsqu'un usager anglophone se présente	S. O.			
Direction des ressources humaines et des communications	Ressources humaines				Lors de l'embauche du personnel cette information est colligée dans un système informatique	S. O.			√
	Registre du personnel anglophone				Depuis un an, l'information de la langue parlée est recueillie lors de l'embauche	S. O.			
	Postes avec exigence « Bilingue »				Huit postes ont une exigence linguistique dans l'établissement. Type de postes : agente administrative aux secrétariats médicaux, agente d'information, agente administrative au GBM, infirmière clinicienne en obésité, agente administrative au Service de l'audiovisuel, secrétaire médicale	Absence de critères linguistiques pour l'obtention d'un poste stratégique	√	√	√

Direction	Secteur clinique évalué	Référence à une personne bilingue du service	Service d'interprètes connu	Personnel parfaitement bilingue dans le service	Observation	Écart	Accessibilité	Continuité	Qualité
	Formation du personnel				Un programme de formation lié à l'apprentissage de l'anglais langue seconde est disponible pour le personnel de l'établissement. Elle est offerte une à deux fois par année par l'Université McGill, seize personnes se sont inscrites à la formation. Les participants œuvrent dans différents secteurs d'activités, tant au niveau clinique qu'administratif	Peu d'inscriptions au programme de formation de l'apprentissage de la langue anglaise	√	√	√
Direction générale	Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services		√	√	Aucune plainte n'a été formulée par les usagers d'expression anglaise relativement à l'absence de service dans leur langue	Absence de critères linguistiques pour l'obtention d'un poste stratégique	√	√	
Direction des services techniques	Téléphonie	√			Téléphoniste de soir francophone unilingue		√		√
	Agent de sécurité	√			On ne peut soutenir le fait qu'il y ait toujours un agent de sécurité bilingue en poste		√		√
Direction de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique	Usager partenaire				<p>Questions et observations recueillies</p> <p>La documentation écrite offerte était : Français : 32 % Anglais : 15 % Anglais/français : 6 % Ne souviens pas : 47 %</p> <p>Dans quelle langue avez-vous reçu vos services? Anglais : 69 % Français : 31 %</p> <p>Dans quelle langue avez-vous préféré recevoir vos services? Anglais : 100 %</p> <p>Croyez-vous que les fournisseurs de soins de santé ont été compétents pour vous fournir des services en anglais? Oui : 91 % Non : 9 %</p> <p>Pensez-vous que votre besoin de recevoir des services en anglais a été respecté tout au long du processus des services que vous avez reçus? Oui : 94 % Non : 6 %</p> <p>Avez-vous signé un formulaire de consentement pour un traitement ou une intervention? Oui : 94 % Non : 6 %</p>	Diagramme pour voir le résultat			

Direction	Secteur clinique évalué	Référence à une personne bilingue du service	Service d'interprètes connu	Personnel parfaitement bilingue dans le service	Observation	Écart	Accessibilité	Continuité	Qualité
					<p>Est-ce que le consentement vous a été fourni en anglais? Oui : 12 % Non : 32 % Je ne me souviens pas : 55 %</p> <p>Le personnel a-t-il communiqué avec vous en anglais de façon appropriée? Oui : 80 % Non : 20 %</p> <p>Est-ce que nous nous sommes assurés de votre compréhension des explications que l'on vous a données? Oui : 97 % Non : 3 %</p> <p>Commentaires reçus « Ma famille a servi d'interprète. » « Un personnel bilingue dans un hôpital comme le vôtre peut être une priorité parce que vous avez beaucoup de patients en provenance d'autres régions, provinces. » « Au service d'admission, personne ne pouvait m'aider, elles ne parlaient pas anglais. » « Personne ne pouvait communiquer avec moi en anglais lors de mon transfert de l'hôpital à la maison, c'était horrible. »</p>				
PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES									
Centre communautaire	Community Health and Social Services Network (CHSSN)	Date de la visite : 21 janvier 2019			Les documents remis aux usagers sont peu disponibles en anglais. Certains documents traduits ne sont pas disponibles pour le personnel. Défi de communication vécu au niveau de l'accueil et de l'admission. Le personnel soignant fait appel à des collègues lorsqu'il ne parle pas anglais.	Disponibilité restreinte de documents en langue anglaise dans l'établissement Méconnaissance des documents traduits en langue anglaise			
	L'équipe de soutien à domicile (SAD) des Services communautaires en langue anglaise (SCLA)	Date de la visite : 3 mars 2019			Le personnel des établissements connaît peu le service en SAD des SCLA et il ne réfère pas systématiquement les usagers d'expression anglaise aux SCLA où ils pourraient bénéficier d'un soutien. Peu de médecins sont à l'aise de parler l'anglais. Service d'interprète peu utilisé pour les usagers d'expression anglaise.	Méconnaissance du service SAD des SCLA dans l'établissement Après validation : L'accessibilité des services médicaux en langue anglaise est assurée à 100 % à l'Institut			

Direction	Secteur clinique évalué	Référence à une personne bilingue du service	Service d'interprètes connu	Personnel parfaitement bilingue dans le service	Observation	Écart	Accessibilité	Continuité	Qualité
					Manque de documents traduits en anglais. Enjeu éthique lorsque l'utilisateur signe un consentement en français afin que ce consentement soit éclairé et compris de l'utilisateur.				
	Table de concertation Jeffery Hale				Absence de sensibilisation du personnel : le personnel détient peu de connaissances sur les droits des usagers à recevoir des services en langue anglaise La langue de service de l'utilisateur n'est pas consignée systématiquement à son dossier et cette information n'est pas transmise aux différents intervenants Service d'interprétariat nécessaire, mais peu utilisé pour les usagers d'expression anglaise. Amélioration du rôle de l'accueil Faire autrement pour favoriser l'accessibilité des services en langue anglaise Être proactif dans l'accès à la langue anglaise pour les usagers d'expression anglaise	Manque de connaissances sur les droits des usagers à recevoir des services en langue anglaise Manque d'uniformité lors de la saisie des données dans le logiciel à l'admission Faire connaître la politique de langue anglaise Méconnaissance de la procédure dans certains secteurs Absence de critères linguistiques pour l'obtention d'un poste stratégique			√
	Université Laval	Date de la visite : 8 mai 2019			Un cours de base en anglais est obligatoire pour tous les étudiants au baccalauréat en sciences infirmières				

ANNEXE VIII

Gabarit du questionnaire de cueillette d'informations

Visites des patients avec langue usuelle « Anglaise » dans MédiPatient et MédiVisit 2017-2018												In which language did you received your services?	In which language you would have preferred to receive your services?	Do you believe that health care providers have been competent to provide you with services in English?	Do you consider that your need to receive services in English has been respected throughout the process of the services you have received?	Have you signed a consent form for treatment or intervention?	Has the consent form been provided to you in English?	Was the staff met communicated with me in English properly?	The written documentation I was given was in English.	Have we made sure that you understand the explanation that were given to you?	Are there any issues that you want to bring up? Or in which way can we improve our services for english speaking patients or family?	
Dossier	Nom, prénom	# Téléphone	Type d'épisode	Date de début ou date de visite	Date de fin	Trajectoire de soins	Nom clinique ambulatoire	Statut	Q.1	Q.2	Q.3	Q.4	Q.5	Q.6	Q.7	Q.8	Q.9	Q.10	Commentaires			