

GUIDE TO THE DEVELOPMENT OF  
ACCESS PROGRAMS  
FOR HEALTH AND SOCIAL SERVICES IN THE  
ENGLISH LANGUAGE

April 23, 2018

This document was translated from the original by the CHSSN and is for internal use purposes only. Please do not distribute without permission from CHSSN or the MSSS.



## **Coordination and Text**

Mylène Kosseim, Consultant

Ghislaine Prata, Consultant

Iannick Martin, Coordinator, Secretariat for Access to English-Language Services:  
Ministry of Health and Social Services

Translation by Barbara Pattison, C.Tr. and Christian Blouin, Traduction Tandem

This guide is the outcome of the project "Recommendations for the revision of the Guide to the development of access programs for health services", undertaken in partnership with the Community Health and Social Services Network.

## **Acknowledgements**

### **Members of the Advisory Committee**

Nancy	Bilodeau	Corporate Affairs Advisor Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord
Norma	Husk	Member Provincial Committee for the Provision of Health and Social Services in the English Language
Mylène	Kosseim	Consultant Community Health and Social Services Network
Iannick	Martin	Coordinator Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise Ministère de la Santé et des Services sociaux
Brigitte	Paquette	Assistant to the Deputy President and Chief Executive Officer Support for the English-speaking Community Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Ghislaine	Prata	Consultant Community Health and Social Services Network
Annie	Vienney	Respondent Aboriginal, English-Language and Cultural Communities Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

### **Support and collaboration**

Pierre Lafleur, Assistant Deputy Minister, Direction générale de la coordination réseau et ministérielle, and Secretary of the Provincial Committee for the Provision of Health and Social Services in the English Language

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



Jean-Philippe Vézina, Consultant, Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles

The Community Health and Social Services Network, in particular Jennifer Johnson and Jim Carter

## ACRONYMS

CHSSN	Community Health and Social Services Network
CHU	Centre hospitalier universitaire [University hospital centre]
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux [Integrated health and social services centre]
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux [Integrated university health and social services centre]
CLSC	Centre local de services communautaires [Local community services centre]
ESC	English-speaking community
FOLS	First official language spoken
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec [National public health institute of Québec]
LMRSSS	<i>Act to modify the organization and governance of the health and social services network, in particular by abolishing the regional agencies</i>
LSSSS	<i>Act respecting health services and social services</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux [Ministry of health and social services]
MUHC	McGill University Health Centre
NHS	National Household Survey
NPI	Networking and Partnership Initiative
OQLF	L'Office québécois de la langue française [Québec French language board]
RLS	Réseau local de services [Local services network]
RTS	Réseau territorial de services [Territorial services network]
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé [Integrated university health network]



SSMEFNB Société santé et mieux-être en français du Nouveau-Brunswick [Health and wellness organization for the Francophone community of New Brunswick]

In this Guide:

- ✚ The term “institution” refers to:
  - an integrated health and social services centre; or
  - an integrated university health and social services centre; or
  - a university institution that was not amalgamated under the *Act to modify the organization and governance of the health and social services network, in particular by abolishing the regional agencies* (LMRSSS).
  
- ✚ The term “facility” refers to:
  - a facility operated by an institution; or
  - an institution grouped with an integrated centre.

For more details, see the Glossary.

In this publication, the masculine gender is used without prejudice and solely to facilitate reading.



## TABLE OF CONTENTS

<b>ACRONYMS</b> .....	<b>1</b>
<b>FOREWORD</b> .....	<b>1</b>
<b>CHAPTER 1. FOUNDATIONS AND OBJECTIVES OF THE GUIDE</b> .....	<b>2</b>
1.1. THE IMPORTANCE OF LANGUAGE ACCESS IN HEALTH AND SOCIAL SERVICES.....	2
1.2. OBJECTIVES OF THE GUIDE .....	3
<b>CHAPTER 2. LEGAL AND ORGANIZATIONAL CONTEXTS</b> .....	<b>5</b>
2.1 LEGAL CONTEXT .....	5
2.2 <i>CHARTER OF THE FRENCH LANGUAGE</i> .....	8
2.3 ORGANIZATIONAL CONTEXT.....	9
<b>CHAPTER 3. ACCESS PROGRAM FOR HEALTH AND</b> .....	<b>11</b>
<b>SOCIAL SERVICES IN THE ENGLISH LANGUAGE</b> .....	<b>11</b>
3.1. DEFINITION .....	11
3.2. GOAL.....	12
3.3. OBJECTIVES.....	12
3.4. MINISTERIAL POLICY DIRECTIONS.....	12
3.5. RESPONSIBILITIES OF THE VARIOUS COLLABORATORS WITH RESPECT TO ACCESS PROGRAMS .....	14
3.6. PROCEDURE .....	16
3.7. DEVELOPMENT OF THE ACCESS PROGRAM (SEE SECTION 3.7.1 AND SUBSEQUENT SECTIONS FOR A DETAILED DESCRIPTION).....	16
3.8 OPINIONS, ADOPTION AND APPROVAL OF THE ACCESS PROGRAM .....	27
3.9 FOLLOW-UP AND ASSESSMENT OF THE ACCESS PROGRAM.....	28
<b>GLOSSARY</b> .....	<b>30</b>
<b>LIST OF APPENDICES</b> .....	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAPHY</b> .....	

## FOREWORD

Following the adoption, on April 1, 2015, of the *Act to modify the organization and governance of the health and social services network, in particular by abolishing the regional agencies* (CQLR, chapter 0-7.2) (LMRSSS) and the reorganization of the health and social services network, it is the responsibility of each health and social services institution to develop an access program for health and social services for the English-speaking population on its territory.

To take the recent changes to the health and social services network into account, the Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise, in collaboration with the Community Health and Social Services Network (CHSSN), undertook the project "Recommendations for the revision of the Guide to the development of access programs for health services" in spring 2016. This document is the outcome.

This Guide replaces the "Frame of reference for the implementation of programs of access to health and social services in the English language for the English-speaking population", published in 2006. It provides institutions with a procedure they can follow to develop an access program that addresses the English-speaking population's needs and complies with the legislative and regulatory framework.

We are convinced that the collaboration between the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) and representatives of the English-speaking community, namely, the CHSSN, will lead to the development of access programs that will improve access to health and social services in English for the English-speaking population of Québec.



# CHAPTER 1. FOUNDATIONS AND OBJECTIVES OF THE GUIDE

This Guide provides institutions with a common provincial framework. It describes the steps institutions must follow to develop their access program for health and social services in the English language (hereafter “access program”).

It takes three key principles into consideration:

- ✚ the relationship between effective communication and successful clinical interventions;
- ✚ the needs expressed by the English-speaking community with respect to access to health and social services in their language;
- ✚ the assessment of results in a context of continuous improvement.

## 1.1. THE IMPORTANCE OF LANGUAGE ACCESS IN HEALTH AND SOCIAL SERVICES

Unilingual English speakers and English speakers who have a minimal knowledge of French are more likely than their French-speaking counterparts to find themselves in a situation where they are simultaneously in poor health and do not have access to health services.<sup>1</sup>

In the health and social services field, access to information in English for English speakers is essential to their participation, on a collective level, in the planning and implementation of programs-services and their participation, as individuals, in treatment plans essential to successful clinical interventions.

Health and social services that are poorly adapted linguistically can lead to serious medical errors.<sup>2</sup> The scientific literature contains numerous examples of how language barriers compromise the accessibility and quality of health and social services, resulting in medication errors, misdiagnosis and unnecessary exposure to risk, among others.

In such contexts, it is obvious that clear communication between health and social services providers and users is vital to the safety and quality of the services provided.<sup>3</sup>

In addition to the safety risk associated with language barriers in the provision of services, English speakers with a limited knowledge of French have more difficulty navigating the health and social services network. Supporting quality communication

---

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

<sup>2</sup> Bowen, Sarah. *Language Barriers in Access to Health Care*. Health Canada, 2001. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-accessibility/language-barriers.html>

<sup>3</sup> Aucoin, L. *Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé: analyse critique de la littérature*. Report presented to the Société santé en français. May 15, 2008.



with English speakers ensures the information exchanged is accurate, that informed consent is obtained and that confidentiality is maintained at all times. The Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) reports that poor communication with English-speaking users results in less frequent and longer clinic visits, more frequent emergency room visits, fewer follow-up visits, higher levels of dissatisfaction with services, more frequent hospitalization and more medical tests, thus increasing the cost of services.<sup>4</sup>

Initiatives to improve the quality of services and reduce medical error rates cannot overlook the importance of reliable and effective communication between health and social services providers and their English-speaking users.

In addition to meeting legal requirements, service providers must ensure that users are able to understand the services offered. Failure to do so may lead to ethical problems, such as:<sup>5</sup>

- ✚ failure to provide services to the same standard as applied to services received by other users;
- ✚ failure to adequately ensure users' informed consent to treatment they receive.

Effective communication is also necessary in health promotion and disease prevention initiatives so that English speakers can participate fully in maintaining their health.<sup>6</sup>

Access programs are essential to support institutions and staff in providing services to the English-speaking community.

## 1.2. OBJECTIVES OF THE GUIDE

The objectives of the Guide are to:

- ✚ ensure access programs comply with Québec's legislative and regulatory framework;
- ✚ promote harmonization in the development, implementation, updating and assessment of access programs in all public institutions in Québec while addressing the specific needs of English-speaking communities with respect to language access to services in the different regions;
- ✚ support those responsible for the access program and the senior management of institutions in raising awareness and mobilizing staff so that the access program is integrated into all of the institutions' activities;

---

<sup>4</sup> Ouimet, A.-M., Trempe, N., Vissandjée, B. and Bourdon, J.-F. Language Adaptation in Health Care and Health Services: Issues and Strategies. INSPQ, January 2013.

<sup>5</sup> Bowen, Sarah. Language Barriers in Access to Health Care. Health Canada, 2001. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-accessibility/language-barriers.html>

<sup>6</sup> Winnipeg Regional Health Authority. *Regional Interpreter Services - Language Access Policy*, July 2013. [wrha.mb.ca/about/policy/files/10.40.210.pdf](http://wrha.mb.ca/about/policy/files/10.40.210.pdf)





- ✦ provide those responsible for the access program with tools to develop access programs that meet the English-speaking community's needs;
- ✦ promote the development of access programs that are:
  - rigorous,
  - comprehensive,
  - effective;
- ✦ propose indicators to evaluate access programs and their effectiveness.



## CHAPTER 2. LEGAL AND ORGANIZATIONAL CONTEXTS

### 2.1 LEGAL CONTEXT

#### 2.1.1 Organization of health and social services

The coming into force of the *Act to modify the organization and governance of the health and social services network, in particular by abolishing the regional agencies* (CQLR, chapter O-7.2) (LMRSSS), on April 1, 2015, led to the regional integration of health and social services, the creation of institutions with an expanded mission and the implementation of two levels of managerial hierarchy. The Act modifies the organization and governance of the health and social services network in order to promote and simplify access to services for the population, contribute to improving the quality and safety of services and increase the network's efficiency and effectiveness. Access programs are being revised within this new context.

Since April 1, 2015, the number of institutions in the health and social services network has been reduced from 182 to 34. Of these, thirteen integrated health and social services centres (CISSSs) and nine integrated university health and social services centres (CIUSSSs) are responsible for most of the health and social services in their territorial services network. In each region of Québec, the region's health and social services agency and public institutions have been amalgamated to form an integrated centre. However, the Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Montérégie and Montréal regions have two, three and five integrated centres, respectively, one of which has been given a number of mandates formerly entrusted to its region's regional agency.

Under the LMRSSS, there are also seven non-amalgamated institutions, which are university hospital centres or university institutes that were not amalgamated with an integrated centre – with the exception of the Centre hospitalier universitaire (CHU) de Sherbrooke, which was amalgamated with the CIUSSS de l'Estrie.

For more information, go to the "Network Reorganization" page on the MSSS website at the address:

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

#### 2.1.2 Legal framework for English-language health and social services

While the LMRSSS brought changes to the organization of the network, the legal framework for English speakers' right to receive health and social services in their language remains largely unchanged.



The *Act respecting health services and social services* (CQLR, chapter S-4.2) (LSSSS)<sup>7</sup> sets out users' rights and institutions' responsibilities with respect to the organization of services.

Sections 4 to 16 of the LSSSS provide that every person has certain rights, including the right to be informed of the existence of the services and resources available, to receive services in a personalized manner and to choose the professional or the institution from whom or which he wishes to receive these services.

Some sections describe in more detail how these responsibilities must be fulfilled to ensure services are made available to English speakers in their language. Section 15 of the LSSSS, in particular, recognizes that English speakers "are entitled to receive health services and social services in the English language, in keeping with the organizational structure and human, material and financial resources of the institutions providing such services and to the extent provided by an access program". Furthermore, section 76 of the LMRSSS stipulates that institutions must set out the language requirements for the recruitment or assignment of the personnel who provide services to English speakers.

Access programs are the mechanism whereby the legislative guarantee of access to English-language health and social services for the English-speaking population is enforced, as stipulated in section 76 of the LMRSSS:

"Each public institution must, in the centres it indicates, develop a program of access to English-language health services and social services for the English-speaking population it serves or, if applicable, develop such a program jointly with other public institutions in the centres it indicates that are operated by those institutions. The program must identify the English-language services that are available in the indicated facilities. A public institution may, with the consent of a private institution under agreement, indicate in its access program any services that can be provided to its users by the private institution under an agreement. The program must take into account the institution's human, physical and financial resources."

To ensure that English speakers can receive the health and social services they need in English, some facilities have been designated to make all their services available in English, while others have been indicated to provide some services in English.

Each institution must develop an access program for its English-speaking clientele. The access program must identify the English-language services that are available in the facilities operated by the institution. The access program may, where applicable, include facilities operated by other public or private

<sup>7</sup> Québec (Government of) (2006). *Act respecting health services and social services*: CQLR, chapter S-4.2, Éditeur officiel du Québec, section 15.

institutions under agreement with which a formal service agreement has been concluded.

Note that following the coming into force of the LMRSSS, access programs must be revised and approved by the Government at least once every five years instead of every three years.

The institution's access program must include a list of all the facilities designated pursuant to section 508 of the LSSSS. This section provides that the Government may designate from among the institutions and facilities recognized under section 29.1 of the *Charter of the French Language*<sup>8</sup> those which are required to make all health and social services accessible to English speakers in their language. In light of the changes the LMRSSS has brought to the organization and governance of the health and social services network, recognition under this section is maintained as follows:<sup>9</sup>

- ✚ if all the amalgamated or grouped institutions are recognized, the integrated centre is deemed to have obtained such recognition; this is the case of the CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
- ✚ if the majority of the amalgamated or grouped institutions are recognized, the integrated centre is deemed to have obtained such recognition, except with respect to the facilities that were not recognized; this is the case of the CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
- ✚ if one or more amalgamated or grouped institutions are recognized, the integrated centre is deemed to have obtained such recognition with respect to the facilities that were recognized; this is the case of the CIUSSS de la Capitale Nationale and the CIUSSS de l'Estrie as well as of the CISSS de l'Outaouais, the CISSS de la Côte Nord, the CISSS de Laval, the CISSS des Laurentides and the CISSS de la Montérégie Ouest.

The McGill University Health Centre (MUHC) maintains its recognition.

### 2.1.3 Legal framework for committees

Sections 509 and 510 of the LSSSS provide, respectively, for the formation of a Provincial Committee for the Provision of Health and Social Services in the English Language and the formation of regional committees. The Provincial Committee advises the Government on the provision of health and social services in the English language and on the approval, evaluation and modification of access programs. Regional committees, for their part, provide their opinion on access programs in their respective regions.

---

<sup>8</sup> See Chapter 2, Section 2.2 for more information on recognition by the OQLF.  
<sup>9</sup> LMRSSS, sections 206–207.



### LIST OF APPENDICES

- Appendix A1 → Institutions recognized under section 29.1
- Appendix A2 → Excerpts from the LRMSSS – Sections related to English-language services

## 2.2 CHARTER OF THE FRENCH LANGUAGE

The situation in Québec is unique in Canada insofar as there are both legislative measures to protect the language of the French-speaking majority (e.g., recognition of French as the official language) and measures to ensure that health and social services are made available to the English-speaking community in English.<sup>10</sup>

The Office québécois de la langue française (OQLF) [Québec French language board] must recognize, at the institution's request: "a health and social services institution, providing services to persons who, in the majority, speak a language other than French".<sup>11</sup>

The bodies and institutions **recognized** under this section must:

- ✚ ensure that their services to the public are available in the official language;
- ✚ draw up their notices, communications and printed matter intended for the public in the official language;
- ✚ devise the necessary measures to make their services to the public available in the official language;
- ✚ devise criteria and procedures for verifying knowledge of the official language for the purposes of application.<sup>12</sup>

These measures, criteria and procedures are subject to approval by the OQLF.<sup>13</sup>

The bodies and institutions **recognized** under section 29.1 may:

- ✚ erect signs and posters in both French and another language, the French text predominating;<sup>14</sup>
- ✚ use both the official language and another language in their names, their internal communications and their communications with each other. In the recognized bodies and institutions, two persons may use what language they choose in written communications to one another. However, a body or institution shall, at the request of a person required to consult such a communication in the course of his duties, prepare a French version of it.<sup>15</sup>

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

<sup>11</sup> Charter of the French Language (CQLR, chapter C-11), section 29.1.

<sup>12</sup> Charter of the French Language (CQLR, chapter C-11), section 23.

<sup>13</sup> Charter of the French Language (CQLR, chapter C-11), section 23.

<sup>14</sup> Charter of the French Language (CQLR, chapter C-11), section 24.

<sup>15</sup> Charter of the French Language (CQLR, chapter C-11), section 26.



In the health services and social services, the documents filed in the clinical records shall be drafted in French or in English, as the person drafting them sees fit. However, each health service or social service may require such documents to be drafted in French alone. Resumés of clinical records must be furnished in French on demand to any person authorized to obtain them.<sup>16</sup>

## 2.3 ORGANIZATIONAL CONTEXT

Under the LMRSSS, integrated centres are responsible for the health of the people living on their territory. This responsibility applies, in particular, to the accessibility of services and the effectiveness of interventions. Furthermore, institutions are given the responsibility of revising access programs for the English-speaking population.

Integrated centres must take into account the particular characteristics of their population as a whole, including the population's language characteristics. In light of the responsibilities that integrated centres have been given, collaboration with all regional network partners is imperative.

Institutions with a regional or supraregional mission, in particular non-amalgamated institutions,<sup>17</sup> must, for their part, take needs with respect to access to English-language services into account for the entire population served.

The organizational model for health and social services in Québec also includes integrated university health networks (Réseaux universitaires intégrés de santé – RUIS) and continuums of services in accordance with ministerial designations for highly specialized services. RUIS are territorial divisions assigned to Université Laval, McGill University, the Université de Montréal and the Université de Sherbrooke, respectively. They were created to promote collaboration, complementarity and the integration of the health care, teaching and research missions of health institutions that have a university designation and the universities these institutions are affiliated with.<sup>18</sup>

The pursuit of the objectives of accessibility, continuity and quality of health and social services is guided by the principles of population-based responsibility and the hierarchical organization of services. These principles must be reflected in the access programs for English-language health and social services of all service programs.

For the access program to achieve its potential for success, the participation and accountability of all directors and management staff is essential. Clinical directors, human resources directors and quality, assessment, performance and ethics directors all have major roles to play to ensure the development,

<sup>16</sup> *Charter of the French Language* (CQLR, chapter C-11), section 27.

<sup>17</sup> University hospital centres and university institutes that were not amalgamated under the LMRSSS.

<sup>18</sup> Québec (Gouvernement du). Atlas de la Santé et des Services sociaux du Québec - Réseaux universitaires intégrés de santé. [msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id\\_carte=86](http://msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=86).



implementation and continuous improvement of an effective access program that meets the English-speaking population's needs.

Clinical directors, cognizant of the particular characteristics of their territory's population with respect to health and wellness, help establish a portrait of needs and issues associated with the provision of services to the English-speaking population on this territory. Once a portrait of their population has been established, institutions analyze gaps to be addressed between the offer of services and needs. They then determine which priority clinical and organizational targets will be included in the access program, with the objective of aligning the needs identified with access to English-language services.

Beyond the commitment of the institution's management staff, the board of directors and the president and chief executive officer of the integrated centre must promote the development of an organizational climate that recognizes the importance of language access as a determinant of service quality and safety.

#### **LIST OF APPENDICES**

- Appendix A3 → RUIS-RLS map [Integrated university hospital networks – Local services networks map]



## CHAPTER 3. ACCESS PROGRAM FOR HEALTH AND SOCIAL SERVICES IN THE ENGLISH LANGUAGE

An access program is based on a thorough knowledge of the English-speaking community's needs, a complete inventory of accessible English-language resources and services and an analysis of the gaps that need to be filled to achieve the objectives of accessibility, continuity and quality of English-language services. Thus, responsibility for the access program is integrated into organizational measures<sup>19</sup> as a whole to ensure the accessibility, continuity and quality of services for the entire population.

This chapter describes a common approach that institutions can follow in developing an access program that addresses population needs and complies with the legislative and regulatory framework.

The process for the development of access programs allows institutions to strengthen and update their knowledge of the English-speaking community's needs and the gaps to be filled in terms of accessibility, continuity and quality of health and social services associated with the language barriers facing English speakers. As part of the process, the institution consults the people concerned (service providers and clients) to clearly identify the English-speaking community's language access needs. Information should be collected and analyzed for each of the institution's services and programs.

Note here, for the purposes of this document, the use of the following definition of the term "**English speaker**":

An English speaker is a person who, in his relations with an institution that provides health or social services, feels more comfortable expressing his needs and receiving services in English.

and the term "**accessible English-language service**":

A service is accessible in the English language when this service is requested by a user and is provided in English within a reasonable period of time.

### 3.1. DEFINITION

An access program identifies the manner, the service and the facility for which there is an obligation to make health and social services accessible in English to the English-speaking population, taking into account the institution's human, physical and financial resources.

<sup>19</sup> Organizational measures include organizational policies and procedures relating to access to English-language services and support mechanisms adopted by the institution with respect to the access program.





### 3.2. GOAL

The goal of an access program is to ensure that English speakers have access to a range of health and social services provided in English by the institution. These services must be appropriate, comprehensive, to the extent possible, and as close to home as possible for English speakers.

### 3.3. OBJECTIVES

The objectives of the access program are as follows:

- ✦ establish a profile of the health and social needs and particular characteristics of English speakers in the region;
- ✦ determine the health and social services required to meet these needs and particular characteristics;
- ✦ analyze the gaps that need to be filled to achieve the objectives of accessibility, continuity and quality of services for English speakers;
- ✦ determine the service providers – specifying the indicated facilities and, where applicable, designated facilities<sup>20</sup> – that are required to provide health and social services in English;
- ✦ define the mechanisms of access to English-language services for English speakers.

### 3.4. MINISTERIAL POLICY DIRECTIONS

These policy directions provide parameters that the institution can use to establish regional guidelines in order to develop its access program and to determine mechanisms of access to English-language health and social services for English speakers. These policy directions are based on the fundamental principles of the health and social services network.

#### 3.4.1 Population-based responsibility

Care providers that provide services to the population of a local or regional territory<sup>21</sup> share a collective responsibility towards this population. They must provide access to a range of services that is as comprehensive as possible, ensuring people receive care and support in the health and social services system, while at the same time promoting the convergence of efforts to maintain and improve the health and well-being of the population and its member communities.<sup>22</sup>

<sup>20</sup> Institutions must include public facilities that have been designated under section 508 of the LSSSS.

<sup>21</sup> Non-amalgamated public institutions have a regional or supraregional mandate.

<sup>22</sup> Non-amalgamated institutions are an exception, given their mandate.



### 3.4.2 Hierarchical organization of services

Service complementarity is necessary to facilitate the movement of people from one service to another, in accordance with the referral mechanisms used by care providers. These mechanisms allow people to be referred to local services and to specialized and highly specialized services. To ensure they receive services in English, the institution must guide English speakers towards the services they need and refer them to the appropriate facility where their needs will be met in their language, while respecting individual rights, ethical standards and recognized standards of appropriateness and accessibility.

### 3.4.3 Facilitated flow of people within the network

To be able to meet each person's needs adequately, the system must make the necessary adaptations. The onus should not be on the English-speaking user to navigate the system to obtain services in his language, but rather the system must receive the user, clarify his needs with him, propose the most appropriate solution and refer him to the relevant service. By being familiar with the access program, the care provider will be able to refer the English speaker to the right service at the right time. This ease of movement depends partly on the transversality of the access program within the institution, achieved through the participation, accountability and collaboration of all the divisions concerned.

### 3.4.4 Successful clinical interventions

In the health and social services field, it is recognized that the user's language is an essential tool in ensuring the success of clinical interventions. To receive adequate services, an English speaker, like any other person, needs to be listened to, needs to communicate. When a person's health or well-being is at stake, being able to speak in English may become a need, even a necessity. Recognizing this need and responding to it in an appropriate and personalized way are key to a successful clinical intervention. To improve communication and the response to the user's needs during a clinical intervention, the care provider who is responsible for responding to and guiding the user must be familiar with the content of the access program and the information must be easy to use. The care provider must be able to inform the user of where and how he can obtain English-language services. To this end, access mechanisms for services must be made public and readily accessible to care providers and anyone who wants to consult them.



### 3.4.5 Participation of English speakers

In the health and social services field, people's participation in treatment plans and service plans and in decisions that affect their health and well-being is necessary to ensure successful outcomes. On a collective level, the participation of the members of English-speaking communities is essential to the development of an effective access program. In each region or territory, the procedure used to develop the access program must engage people from these communities and allow them to voice their needs with respect to the provision of English-language services. It is the institution's responsibility to take the necessary steps to ensure these needs are taken into account in the organization and provision of services.

## 3.5. RESPONSIBILITIES OF THE VARIOUS COLLABORATORS WITH RESPECT TO ACCESS PROGRAMS

### The **Government of Québec:**

- approves each institution's access program by decree.

### The **Minister of Health and Social Services:**

- determines the date as of which institutions must undertake the revision their access program;
- seeks the opinion of the Provincial Committee for the Provision of Health and Social Services in the English Language (Provincial Committee);
- submits a brief to Cabinet on each institution's access program with his recommendations.

### The **Ministry of Health and Social Services:**

- keeps the *Guide to the development of access programs for health and social services in the English language* up to date;
- analyzes access programs, assessing their level of compliance with specific criteria;
- submits its analysis and assessment of access programs to the Minister, taking the Provincial Committee's opinion into account;
- develops indicators to monitor and assess the access program in collaboration with institutions.

### The **Provincial Committee for the Provision of Health and Social Services in the English Language:**

- advises the Government on the approval, evaluation and modification by the Government of each access program, by providing its opinion to the Minister of Health and Social Services;
- conducts any consultations it considers appropriate to form its opinion; for the same purpose, it seeks input and receives and hears requests and suggestions from individuals, organizations or associations.



### The **Regional Committee for Access Programs for Health and Social Services in the English Language:**

- advises the institution's<sup>23</sup> president and chief executive officer on:
  - ✚ the access program(s) developed by the institution(s) in the region in accordance with section 76 of the LMRSSS;
  - ✚ the assessment of the access program(s) and suggestions for modifications, where appropriate.

#### The **institution:**

- appoints a person responsible for the access program;
- collects information and data about the English-speaking population and its needs with respect to access to health and social services in the English language;
- produces an inventory of services accessible in English to the population served;
- determines which services will be made accessible in English and identifies English-language service providers;
- defines the procedures to be put in place to make services accessible in English, including mechanisms to enable care providers to refer patients to the various services and the contributions expected from various local network partners;
- develops the access program for its region in collaboration with partners from its territorial services network (RTS) (university hospital centres, clinics, family medicine groups, network clinics, community organizations, community pharmacies, external partners, etc.) and from other institutions in other regions as well as with representatives of the English-speaking population;
- seeks the Regional Committee's participation in the process of assessing and modifying the access program and seeks the Regional Committee's opinion on the access program to be submitted to the Government;
- recommends, by a resolution of the board of directors, the access program for its region that is to be submitted to the Government for approval;
- submits the access program and the information requested to the MSSS for analysis and assessment along with the other documents required;
- once the program has been adopted by government decree, informs English speakers in its region of the services and access mechanisms in the access program;
- provides follow-up, including dissemination, assessment and improvement of the access program;
- revises the access program at least once every five years.

---

<sup>23</sup> In regions that have more than one public institution (Montréal, Montérégie, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Capitale-Nationale), the Regional Committee reports to the integrated centre that has been given the mandate formerly entrusted to the regional agency. This centre coordinates the steps involved in obtaining the Regional Committee's opinion on the access programs of the region in question. Each institution remains responsible for recommending its access program by a resolution of its own board of directors and submitting it to the MSSS.



### 3.6. PROCEDURE<sup>24</sup>

- The **Minister** ensures that access programs are revised at least once every five years. He makes an announcement in this regard if necessary.
- The **institution** develops its access program using this Guide.
- The **MSSS** receives the proposals for access programs along with the information requested.
- The **Provincial Committee** receives a copy of each access program and the accompanying information. If necessary, it consults the regional bodies concerned, and it provides its opinion on each proposal to the Minister for submission to the Government (see Appendix A4).
- The **MSSS** analyzes, based on assessment criteria, the access program adopted by each institution's board of directors and submits its assessment to the Minister, taking the Provincial Committee's opinion into account.
- The **Minister** submits a brief to Cabinet on each institution's access program with his recommendations, accompanied by the Provincial Committee's opinion.
- The **Government** approves, by decree, each institution's access program.
- The **institution** informs its staff and partners of the access mechanisms for English-language services, for each service-program.
- The **institution** monitors and assesses its access program to ensure that the members of the English-speaking community on its territory can access services in their language in all service programs.
- The **institution** revises its access program at least once every five years or at the Minister's request.

### 3.7. DEVELOPMENT OF THE ACCESS PROGRAM (see Section 3.7.1 and subsequent sections for a detailed description)

The **institution** develops its access program using this Guide and the documents provided (see Appendix A5 and appendices A5.1 to A5.4).

---

<sup>24</sup> See Figure 1, page 30.



To do so, the institution:

- A. prepares its work plan;
- B. establishes a portrait of the health and wellness needs of the territory's English-speaking population by using data (indicators) to create demographic, socioeconomic, health and service utilization profiles;
- C. draws up an inventory of services that are currently accessible in English to meet the English-speaking community's needs at the local, regional and interregional levels; an inventory is drawn up for each service-program;
- D. analyzes the gaps that need to be filled to achieve the objectives of accessibility and continuity of health and social services in the English language, for each service-program;
- E. defines the access mechanisms for English-language services that will be included in the access program;
- F. drafts its access program using the proposed template and encloses the appendices requested;
- G. obtains the Regional Committee's opinion on the access program;
- H. has the access program adopted by a resolution of its board of directors;
- I. submits its access program proposal to the MSSS for approval by the Government on the date stipulated.

#### DEVELOPMENT OF THE ACCESS PROGRAM – Designated institutions

If **all of an institution's facilities are recognized** under section 29.1 of the *Charter of the French Language* and designated under section 508 of the LSSSS, the procedure to develop the access program can be simplified. These institutions are required to make all health and social services accessible to English speakers in their language. Consequently, steps C, D and E (inventory of English-language services, analysis of gaps and definition of access mechanisms) are not mandatory.

Nor are these institutions required to indicate the services accessible under each service-program when drafting their access program. A note to the effect that "all the institution's services are accessible in English" is sufficient.

#### APPENDICES TO BE USED IN THE DEVELOPMENT OF AN ACCESS PROGRAM

- Appendix A5 → Proposed template – access program
  - Appendix A5.1 → Work plan (template)
  - Appendix A5.2 → Statistical profiles of the region's English-speaking population (FOLS profile and age groups) (template)
  - Appendix A5.3 → Needs of the English-speaking community (ESC) with respect to access to English-language services (table of consultations held) (template)
  - Appendix A5.4 → The English-speaking community's needs – qualitative summary (template)



### 3.7.1 Work plan to be used in the development of the access program

Following the Minister's announcement initiating the access program revision process, the institution prepares its work plan using the template provided (Appendix A5.1).

The person responsible for the institution's access program leads the development process. The clinical and administrative directors concerned participate in the process to ensure the plan takes all services and facilities into account throughout the process. Furthermore, the institution consults the relevant bodies in the region, in particular partners in its territorial services network (RTS) (university hospital centres, clinics, family medicine groups, network clinics, community organizations, community pharmacies, external partners, etc.) and representatives of the English-speaking population.

Collaborators and partners are informed of the work plan and timelines. The person responsible for the access program must ensure that timelines are respected and that the parties concerned are sufficiently involved.

### 3.7.2 Portrait of the English-speaking population's needs

A number of sociodemographic factors are associated with individual and collective health, including education, income, employment, social environments, social support networks and access to the health and social services network. Since English speakers may be at a disadvantage with respect to these determinants of health and well-being and since their needs may vary across regions, it is important to consider these factors in the context of the access program.

Understanding social and socioeconomic differences between English speakers and the population as a whole is therefore important when planning an access program. The absence of such an analysis might lessen the effectiveness of the improvement measures included in an access program or obscure the English-speaking community's priority needs with respect to access to health and social services in the English language.

To develop and monitor access programs for English-language services, the institution establishes a portrait of current and future needs with respect to the health and well-being of the English-speaking population on its territory using available data (quantitative and qualitative).

The institution may also conduct its own socioeconomic data collection and analysis based on the specific characteristics of the English-speaking community on its territory. The portrait includes demographic, socioeconomic, health and service utilization profiles for the English-speaking community for each CLSC territory, by age group, thereby facilitating the needs analysis. It also provides an overview of unmet needs with respect to access to English-language services. The person responsible for each institution's access program coordinates the data collection to identify needs, consulting sources of information, members of his institution as well as key network partners.



✚ Clinical and administrative data on the use of English-language services

Clinical and administrative data provide an accurate portrait of the use of health and social services. However, given the lack of availability and systematic use of the language variable in these information systems, the use of this data for planning and assessment purposes is limited in the context of the access program. The institution can nonetheless use other sources of information, in particular statistics and census data, surveys and consultations with partners who are very knowledgeable about the English-speaking community.

✚ Statistics and census data

Conventional sources used to count the English-speaking population do not take the definition of English speakers that is used in the context of access programs into account, that is, people who feel more comfortable expressing their needs and receiving services in English. While aware of this, the institution nonetheless establishes a portrait of the English-speaking population using data from the last census.

To estimate the number of English speakers likely to require services, a comparison and an analysis of the different variables are necessary. In the context of the access program, it is necessary to show that the variables used target the highest possible number of English speakers affected by and likely to use the institution's services.

The maximum potential pool is normally determined based on the first official language spoken.<sup>25</sup> The variable "mother tongue" is defined as the first language learned at home in childhood and still understood by the individual at the time of the census, whereas the "first official language spoken" (FOLS) is a derived variable. It takes into account, first, knowledge of both official languages, second, the mother tongue and, third, the language spoken at home.<sup>26</sup> Compared with the concept of mother tongue, the concept of FOLS is therefore more inclusive.<sup>27</sup>

<sup>25</sup> Statistics Canada. Language variables – by statistical unit. [statcan.gc.ca/fra/concepts/definitions/langue](http://statcan.gc.ca/fra/concepts/definitions/langue). Web page consulted May 12, 2016. Statistics Canada. 2011 Census Dictionary. <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/ref/dict/azindex-eng.cfm>. Web page consulted May 12, 2016.

<sup>26</sup> Statistics Canada. 2011 Census Dictionary. First official language spoken. <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var.pl?Function=DEC&Id=34004>. Web page consulted July 26, 2016.

<sup>27</sup> Immigration and Citizenship Canada. Population definition considerations. <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/corporate/reports-statistics/research/statistical-portrait-english-speaking-immigrants-quebec/section-2.html>. Web page consulted July 26, 2016.





The institution has recourse to a number of sources of this type of data, in particular the following:

- Statistics Canada's last census,<sup>28</sup> including the National Household Survey (NHS);<sup>29</sup>
- the MSSS's "information space" services, which can link data for the institution across CLSC territories with Statistics Canada data from the dissemination area, providing both local and regional profiles;
- data from the Institut de la statistique du Québec, the organization in charge of managing official population data for the Québec territory;
- studies and reports produced by partners, including those produced by the CHSSN and other provincial organizations that promote English speakers' interests;
- studies and reports produced by the Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) on English speakers in Québec and Anglophones in Québec.<sup>30</sup>

Data should be broken down based on the information needed to plan services and develop the access program. Accordingly, data could be presented on the proportion and number of English speakers (Appendix A5.2):

- for the territory or region as a whole;
- by local territory (CLSC breakdown);
- by age group (e.g., 0–4, 5–17, 18–24, 25–44, 45–64, and 65 years and over).

The portrait could also be supplemented with other variables based on the particular characteristics of the population served by the institution, in particular:

- gender;
- income (< \$30 000, 30 000–70 000, 70 000–100 000, > 100 000);
- health status;
- education level.

#### Qualitative Information

Information on English speakers' use of health and social services can be collected on the websites of some of the provincial organizations that promote English speakers' interests:

- service utilization;
- unpaid services;
- the language services were provided in;
- access to information in English about services.

<sup>28</sup> Statistics Canada. 2012. Québec, Québec (Code 2423027) and Québec (Code 24) (table). Census Profile, Census 2011, product no. 98-316-XWF in the Statistics Canada Catalogue. Ottawa. Release date October 24, 2012. [statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F](http://statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F). Downloading of data for Québec by health region. Catalogue no.: 98-316-XWE2011001-1701. Web page consulted May 12, 2016.

<sup>29</sup> Statistics Canada. 2012. <https://www.statcan.gc.ca/eng/start>. Web page consulted May 13, 2016.

<sup>30</sup> Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). [www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca). Web page consulted May 12, 2016.



Furthermore, the institution could supplement census and survey data by consulting its staff, partners and members of the English-speaking community. For example, following up with the commissioner of complaints in order to examine data on complaints filed by users regarding the provision and accessibility of English-language services might provide avenues for reflection. The institution can also consult its partners and representatives of the English-speaking population so that they can help it establish an up-to-date portrait of accessibility, continuity and quality of services provided to English speakers. This portrait should identify the shortcomings that need to be addressed in terms of access to English-language services. Territorial network partners the institution could consult include school boards, doctors' offices, social enterprises, municipalities, higher education institutions and community organizations. The Regional Committee for Access Programs, user committees and health and social services network professionals could also contribute additional perspectives to the data.

### 3.7.3 Inventory of current access mechanisms for English-language services

The institution draws up an inventory of current access mechanisms and the offer of health and social services in English on its territory. The inventory can be drawn up using tables like those in the proposed template for the access program (Appendix A5, pp. 15–27). The institution can use these tables to draw up an inventory of accessible services in each service-program. The person responsible for the institution's access program completes the tables using the information in the existing access program, consulting clinical teams if necessary.

After making a list of its designated and indicated facilities, the institution indicates the access mechanisms employed to meet the English-speaking population's needs. The institution may use several types of access mechanisms for English-language services.

#### Provision of English-language services

The institution's own staff may provide English-language services for an entire designated facility or for one or more services or service-programs at an indicated facility. Furthermore, English-language services at an indicated facility may be provided at all times or at specific times.

Recognized practices exist for the provision of English-language services, in particular with respect to the importance of ensuring staff members have the requisite language skills. A policy and procedures should be in place to provide a framework for the provision of English-language services and language proficiency requirements. Furthermore, training programs exist designed for staff members who would like to improve their language skills in order to be able to provide services in English. Lastly, free medical lexicons (for general medicine or for specific professions) are available. The



provision of services in English should be supported by these measures in order to ensure the quality of the services provided.

#### ✚ Service agreement with another institution

If the institution does not have a sufficient number of bilingual staff to meet English-language access needs, it may, in accordance with section 108 of the LSSSS, opt to enter into a service agreement with a public institution, a private institution under agreement or a family medicine group (FMG) that is able to provide services in English. The service agreement must set out the nature of the services required in English, the target clientele as well as the human, financial and material resources required. The services that will be provided in English and the steps that will be taken to ensure the coordination of services for English speakers must be specified. The roles and responsibilities of the parties must be clearly defined in the agreement in order to facilitate the movement of English speakers within the network.

Services can be provided in either (or both) of two ways: professionals can go to the facility where the users are in order to provide services or users can go to the institution where the professionals are in order to obtain services. Services can also be provided using various communication tools.

Note that service corridors are established by integrated centres in collaboration with any other public institution concerned in order to meet the needs of their territory's population. Service corridors can be regional or interregional. Service corridors are part of each institution's existing service-programs. Therefore, it is important to ensure that they allow the English-speaking population to access continuums of services in their language. If an existing service corridor provides English-language services and if this is respected for both the English-speaking population and the general population, it is noted in the access program, but a specific service agreement for English-language services does not have to be signed. However, if a specific service corridor is established for the English-speaking population, a signed agreement to this effect should be appended to the access program.

It is important to remember that the onus is never on the English-speaking user to navigate the system, but rather the system must refer the user to the appropriate service in his language.

#### ✚ Interpreting services

Interpreting services are an appropriate way to provide quality services in English.

The use of English-language interpreting services in the health and social services network should be guided by certain fundamental principles.

Accordingly:



- anyone who needs an interpreter must have access to one, as far as possible, if the quality of the service provided and the possibility of equitable access are compromised by a language barrier;
- formal interpreting services must always be given priority; however, if informal interpreting services are used, they must be governed by policies and guidelines (for example, assessment of the informal interpreter's proficiency in English);
- if face-to-face interpreting is not possible (geographical constraints, in particular), telephone interpreting is the preferred alternative;
- it is important to provide professionals and institutions in the health and social services network with decision-making tools regarding the appropriate use of interpreting services.

Institutions that employ interpreting as a means of access to English-language services are encouraged to use interpreting services available in their region or to use Montreal's Interregional Interpreters Bank, which offers technology-assisted remote interpreting services.

#### ✚ Other possible access mechanisms

Collaboration with network partners, in particular community organizations that are members of the Networking and Partnership Initiative (NPI) and volunteers, can support access to English-language health and social services through innovative approaches.

Several projects are documented on the sites of community partners and provincial organizations that promote English speakers' interests. Furthermore, knowledge of innovative and promising practices can be shared through Accreditation Canada's Leading Practices Database. NPI members and institutions can submit promising practices based on specific criteria. The database can be consulted by anyone.

### 3.7.4 Analysis of gaps

The objective of the analysis of gaps is to determine the impact of language barriers on accessibility, continuity and quality of services for the English-speaking population. It is carried out for the purposes of the English-language services access program and is not part of a health and social services assessment. The analysis identifies gaps between language access needs and current access mechanisms. It allows the institution to identify where improvements could be made to current access mechanisms.

To meet the needs of the English-speaking population as a whole and, in particular, vulnerable groups, on the territory served, an analysis is done for each service-program. To guide the analysis, a series of questions is proposed, to be considered for each service-program. They are listed below, divided into three themes: accessibility, continuity, quality.



#### In terms of accessibility

- ✚ Are there shortcomings to be overcome related to access to English-language services, in particular:
  - the offer of English-language services?
  - the proximity of accessible services given the nature of the services (e.g., are services provided and accessible locally in English?)?
  - client intake, assessment, referral and treatment mechanisms (are they in place, known and applied)?
  - hours of service: are they sufficient?
- ✚ What are the origins or causes of these gaps?
- ✚ What innovative or successful practices are in place?
- ✚ Are there other innovative practices with respect to the service offer or organization of services that could improve access to English-language services?
- ✚ How can they be implemented on the regional territory?

#### In terms of continuity

- ✚ Are there gaps in the continuum of services that are related to language barriers?
- ✚ What are the origins or causes of these gaps in the continuum of services?
- ✚ Are the responsibilities of the various service providers across the continuum clearly defined?
- ✚ What innovative or successful practices are in place?
- ✚ Are there other innovative practices with respect to the service offer or organization of services that could improve the continuity of English-language services?
- ✚ How can they be implemented on the regional territory?

#### In terms of the quality of English-language services

- ✚ How satisfied is the English-speaking population with access to English-language services?
- ✚ How is the quality of English-language services ensured (e.g., accurate communication in English)?
- ✚ Are there other innovative practices with respect to the service offer or organization of services that could improve the quality of English-language services?
- ✚ What improvements can be made in this regard?

#### 3.7.5 Access mechanisms and accessible English-language services for each service program

The existing access program is revised based on the areas for improvement identified following the analysis of gaps and the decisions made as to which of the existing access mechanisms should be maintained, modified, replaced or discontinued. Areas for improvement reflect the recommendations made by the



Provincial Committee for the last access program and take into account any improvements made to the program since it was last revised.

To ensure that an effective access program is developed that meets needs for access to English-language services, the institution involves all its relevant divisions and its partners in seeking solutions to address the gaps. The person responsible for the institution's access program must learn about promising and innovative practices employed elsewhere and make them known within the institution and the network. The section "Access mechanisms for English-language services by service program" in the proposed template (Appendix A5, pp. 14–27) indicates the access mechanisms for English-language services made accessible by the institution for each service program. Using the inventory of current access mechanisms and coordinated by the person responsible for the access program, all the institution's relevant divisions work together to establish a clear, transparent and comprehensive portrait of access to English-language services. It should be noted that innovative practices, resulting from close collaboration with the English-speaking community and with NPI members, may be deployed to improve access to English-language services.

For each accessible English-language service, an access mechanism is identified that takes into account both the English-speaking population's needs, the institution's resources, the legislative framework and the policy directions for the development of the access program.

#### Accessible English-language services – Non-amalgamated institutions

Non-amalgamated institutions include university hospital centres (with the exception of the CHU de Sherbrooke) and university institutes. Given the specialized nature of their service offer, these institutions should produce a simple list of accessible English-language services and access mechanisms, where applicable, for each facility (see Appendix A5, p. 26 for an example). Therefore, an inventory of accessible services for each service program is not necessary.



### 3.7.6 Drafting of the access program

The person responsible for the access program drafts the access program using the proposed template (Appendix A5) and encloses the documents requested (see table below).

### 3.7.7 The Regional Committee's opinion on the access program

The person responsible for the access program submits the access program to the Regional Committee. In regions that have more than one public institution (Montréal, Montérégie, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Capitale-Nationale), the Regional Committee reports to the integrated centre that resulted from the amalgamation of the agency and other institutions. This centre coordinates the steps involved in obtaining the Regional Committee's opinion on the access programs of the region in question. The Regional Committee assesses each access program and, where appropriate, suggests modifications. Its final assessment is submitted to the institution in the form of an opinion.

### 3.7.8 Resolution of the board of directors

The president and chief executive officer submits the access program, together with the Regional Committee's opinion on the access program, to the institution's board of directors for adoption.

### 3.7.9 Submission of the proposed access program

The proposed access program is submitted to the MSSS (Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise) for approval by the Government.

#### **LIST OF DOCUMENTS TO BE ENCLOSED (AS APPENDICES) WITH THE ACCESS PROGRAM**

- ✓ Regional Committee's opinion
- ✓ List of Regional Committee members
- ✓ Board of directors' resolution
- ✓ Means that will be employed to disseminate the inventory of accessible English-language services
- ✓ Institution's organizational chart
- ✓ List of the institution's facilities
- ✓ Map showing where the institution's facilities are located
- ✓ Work plan (template, see Appendix A5.1)
- ✓ Statistical profiles of the region's English-speaking population (FOLS profile and age groups) (template, see Appendix A5.2)
- ✓ Needs of the ESC with respect to access to English-language services (table of consultations held) (template, see Appendix A5.3)
- ✓ English-speaking community's needs – qualitative summary (template, see Appendix A5.4)
- ✓ Copies of service agreements signed with other institutions



### 3.8 OPINIONS, ADOPTION AND APPROVAL OF THE ACCESS PROGRAM

The access program is approved by the Government through the Minister of Health and Social Services. Prior to approval by the Government, a series of opinions are sought and access programs are submitted for adoption by resolution.

The Provincial Committee for the Provision of Health and Social Services in the English Language is mandated to advise the Government on the provision of services in the English language and on the approval, evaluation and modification of the access programs developed by institutions. The Committee prepares its opinion for the Minister following its analysis of the access programs, which is done using the document "Analysis and opinion of the Provincial Committee for the Provision of Health and Social services in the English Language" (Appendix A4).

The institution's access program must comply with the LSSSS and LMRSSS.

It must include:

- ✦ a portrait of the English-speaking population and its needs with respect to access to English-language services;
- ✦ an analysis of gaps that determines the services required to meet the needs identified and any improvements or adjustments that need to be made to the existing program;
- ✦ a list of the facilities that are required to provide English-language services, for each service-program, and the access mechanisms for English-language services.

The institution must also be able to show that the key parties were involved in the process to develop the access program, in particular:

- ✦ all the relevant divisions;
- ✦ any other institutions with which it has service agreements;
- ✦ the Regional Committee for Access Programs for Health and Social Services in the English Language;
- ✦ representatives of the English-speaking community (NPI members, the Community Health and Social Services Network, or CHSSN);
- ✦ community organizations such as school boards, churches, etc.;
- ✦ members of the English-speaking community.





Lastly, the access program must comply with ministerial policy directions, namely:

- ✦ population-based responsibility;
- ✦ the hierarchical organization of services;
- ✦ facilitated flow of people within the network;
- ✦ successful clinical interventions;
- ✦ participation of English speakers.

In the context of continuous quality improvement, the Provincial Committee will give its opinion on the access program's progress from one revision to the next and based on how it has evolved in response to the English-speaking population's changing needs.

### 3.9 FOLLOW-UP AND ASSESSMENT OF THE ACCESS PROGRAM

#### 3.9.1 Promoting the program

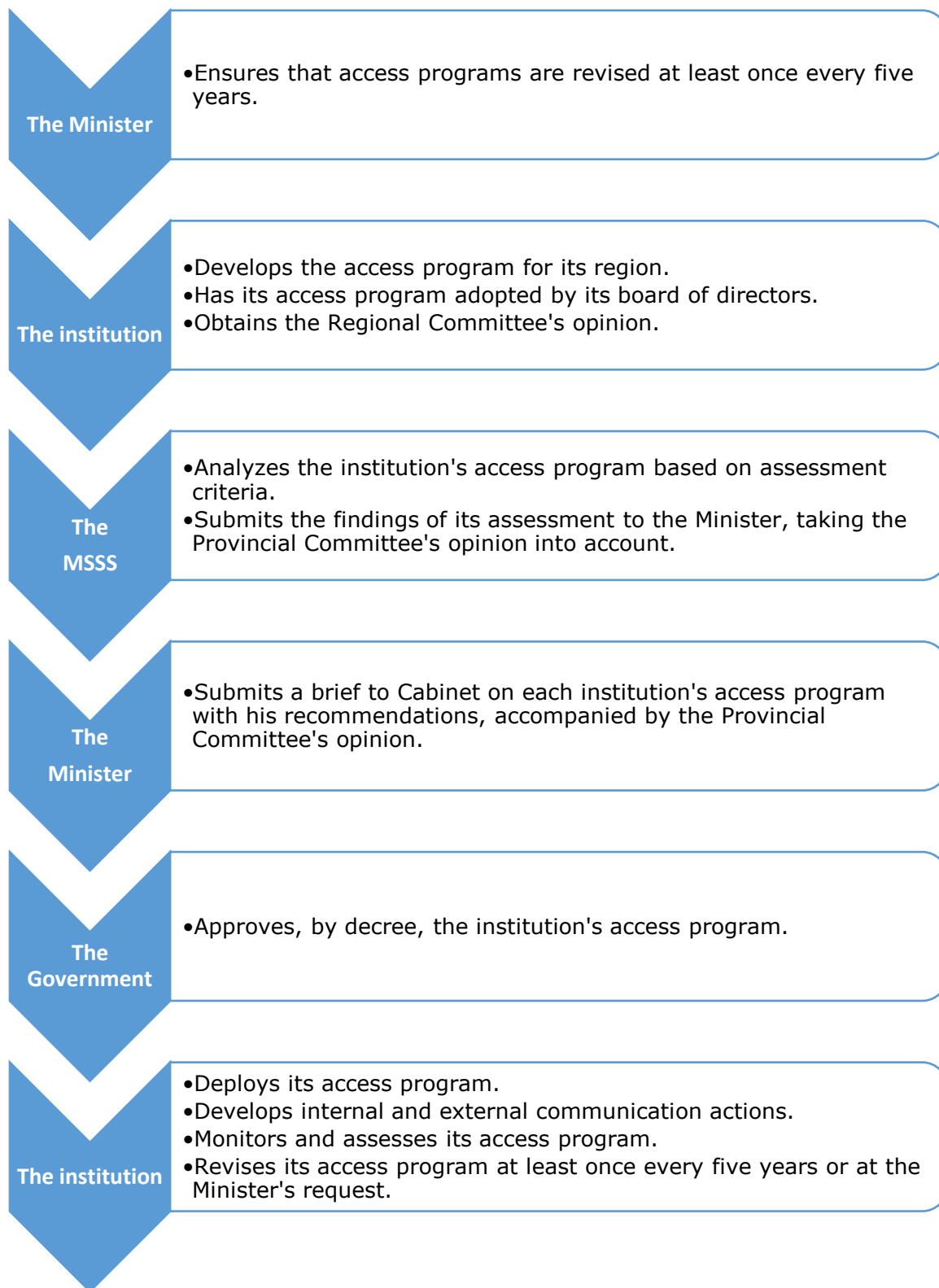
Once it has been approved, the institution's staff and the relevant network partners should be informed of the access program. Internal communication could be supported by an awareness raising campaign for the institution's staff regarding the issue of access to English-language services and the risks associated with language barriers in the context of health and social services (negative impact on service quality and user safety). With respect to dissemination of the access program within the English-speaking community, texts that provide a summary of the access program could be prepared in English and disseminated by community organizations, such as NPI program members, in collaboration with the region's institution.

#### 3.9.2 Monitoring the implementation of the access program

The access program's success depends not only on the rigorous implementation of specific access mechanisms, but also on the organizational measures put in place to support it. An implementation plan could ensure the access program is monitored assiduously. This plan should include a schedule of activities, a list of the people in charge as well as the timelines for the activities. Ideally, the activities planned should have clear objectives and indicators to measure to what extent the objectives have been achieved. While the person responsible for the access program sees to its implementation, the program's success relies on the participation of the institution as a whole, on every level, as well as on that of its partners. Lastly, to ensure governance of the program, the schedule should indicate the frequency of Regional Committee consultations.



**FIGURE 1 – PROCEDURE**



# GLOSSARY

## **Access mechanisms**

The ways in which the institution meets English speakers' needs and informs the population about services that are accessible in the English language.

They may include:

- the provision of services in English, in the institution, by the staff in place;
- a service agreement with another institution in the region or in another region;
- a mechanism for referral to a service and the provision of care by this service;
- a service corridor;
- tools or technologies to support access to English-language services;
- the use of interpreting services (formal or informal);
- a professional services agreement with another institution in the region or in another region.

## **Accessible English-language service**

A service is accessible in the English language when this service is requested by a user and is provided in English within a reasonable period of time.

## **Designated institution and facility**

A designated institution or designated facility is an institution or a facility that the Government has designated among those that have obtained recognition under section 29.1 of the *Charter of the French Language*. A designated institution or facility must make all its health and social services accessible to English speakers in their language. There are four possible types of designated public institutions and facilities: integrated centre, non-amalgamated institution, grouped institution and facility. In addition, there are designated private institutions, under agreement or not under agreement (see Appendix A1).

## **English speaker**

An English speaker is a person who, in his relations with an institution that provides health or social services, feels more comfortable expressing his needs and receiving services in English.

## **Facility**

A facility is a physical location where health and social services are provided to the population of Québec in accordance with one or more missions. An institution generally comprises several facilities.

## **Grouped institution**

A grouped institution is an institution that was not amalgamated with other institutions under the LMRSSS, but is administered by the board of directors of the integrated centre it is grouped with. A grouped institution carries out its activities in accordance with its permit. However, its organizational structure is that of the integrated centre it is grouped with. The integrated centre's president and chief executive officer and



management staff also fulfil their functions and responsibilities with respect to the grouped institution. Grouped institutions are located in the Capitale-Nationale, Estrie, Montréal, Laval, Laurentides and Montérégie regions.

### **Indicated facility**

An indicated facility is a facility that is identified in an institution's access program as having to make at least one service or service program accessible in English.

### **Integrated centre (CISSS/CIUSSS)**

An integrated centre is an institution that is constituted through the amalgamation of some or all of the public institutions in a single health region and, where applicable, the health and social services agency (sections 3 and 4 of the LMRSSS). The Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Montérégie and Montréal regions have two, three and five integrated centres, respectively, one of which has been given the mandate formerly entrusted to the regional agency in each of these three regions.

An integrated centre that is located in a health region where a university offers a complete undergraduate medical program or that operates a centre designated as a university institute in the social sector may use the words "integrated university health and social services centre" (CIUSSS) in its name. CISSSs and CIUSSSs have the same functions and responsibilities. However, the composition of the boards of directors of CIUSSSs is different, since two members are appointed from a list of names provided by the universities. There are thirteen CISSSs and nine CIUSSSs in Québec.

### **Non-amalgamated institution**

An institution that was not amalgamated under the LMRSSS is a university hospital centre (CHU) or university institute that was not amalgamated with an integrated centre (with the exception of the CHU de Sherbrooke, which was amalgamated with the CIUSSS de l'Estrie). There are seven non-amalgamated institutions.

### **Official language**

Language of Government and the Law as well as the normal and everyday language of work, instruction, communication, commerce and business. French is the official language of Québec.

### **Provincial Committee for the Provision of Health and Social Services in the English Language**

The Provincial Committee advises the Government on the provision of health and social services in the English language and on the approval, evaluation and modification of each access program. The Committee conducts any consultations that it considers appropriate to form its opinion.

### **Recognized institution and facility**

A recognized institution or recognized facility provides services to persons who, in the majority, speak a language other than French and have obtained recognition from the OQLF under section 29.1 of the *Charter of the French Language*. There are four possible types of recognized public institutions and facilities: integrated centre, non-amalgamated institution, grouped institution and facility. In addition, there are



recognized private institutions, under agreement or not under agreement (see Appendix A1).

### **Regional Committee for Access Programs for Health and Social Services in the English language**

The Regional Committee is composed of no fewer than seven and no more than eleven members who are representative of the region's English-speaking population. The integrated centre concerned determines by by-law the composition of its regional committee, its rules of operation and internal management, the manner in which its affairs are to be conducted and its functions, duties and powers. The members of the Regional Committee are appointed by the board of directors of the integrated centre from a list of names provided by organizations that promote the interests of English speakers and are identified by the Provincial Committee. In regions that have more than one integrated centre, the Regional Committee is attached to the centre constituted from the amalgamation of the agency and other institutions. In the Montréal region, the lists of names are provided by organizations that promote the interests of English speakers and are identified by the integrated centres recognized under section 29.1 of the *Charter of the French Language*.



## LIST OF APPENDICES

A1	Institutions recognized under section 29.1
A2	Excerpts from the LRMSSS – Sections related to English-language services
A3	RUIS-RLS map [Integrated university hospital networks – Local services networks map]
A4	Analysis and opinion of the Provincial Committee for the Provision of Health and Social Services in the English Language – assessment checklist
A5	Proposed template – access program
A5.1	Work plan (template)
A5.2	Statistical profiles of the region’s English-speaking population (FOLS profile and age groups) (template)
A5.3	Needs of the English-speaking community (ESC) with respect to access to English-language services (table of consultations held) (template)
A5.4	The English-speaking community’s needs – qualitative summary (template)



## ANNEXE A1

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

#### Établissements et installations publics

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

#### Montréal

- Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et ses installations et établissements regroupés suivants :
  - 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 de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et toutes ses installations et établissements regroupés :
  - Centre d'hébergement Father-Dowd
  - Centre d'hébergement St-Andrew
  - Centre d'hébergement Henri-Bradet
  - Centre d'hébergement St-Margaret
  - CLSC de Benny Farm
  - CLSC René-Cassin
  - CLSC de Côte-des-Neiges
  - CLSC 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 Sinai
  - La Corporation du centre hospitalier gériatrique Maimonides
  - L'hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis
  
- Centre Universitaire de Santé McGill

## **Montérégie**

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

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

## **Estrie**

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

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

## **Outaouais**

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

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

## **Côte-Nord**

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

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

## **Capitale-Nationale**

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

## **Laval**

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



## **Laurentides**

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

## **Installations et établissements privés**

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

## **Montréal**

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

## **Lanaudière**

- CHSLD Heather inc.

## **Estrie**

- Foyer Wales

## ANNEXE A2

### Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales<sup>31</sup> - Articles de loi liés aux services en langue anglaise

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Ce comité est composé des huit membres suivants :**

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

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

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

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

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

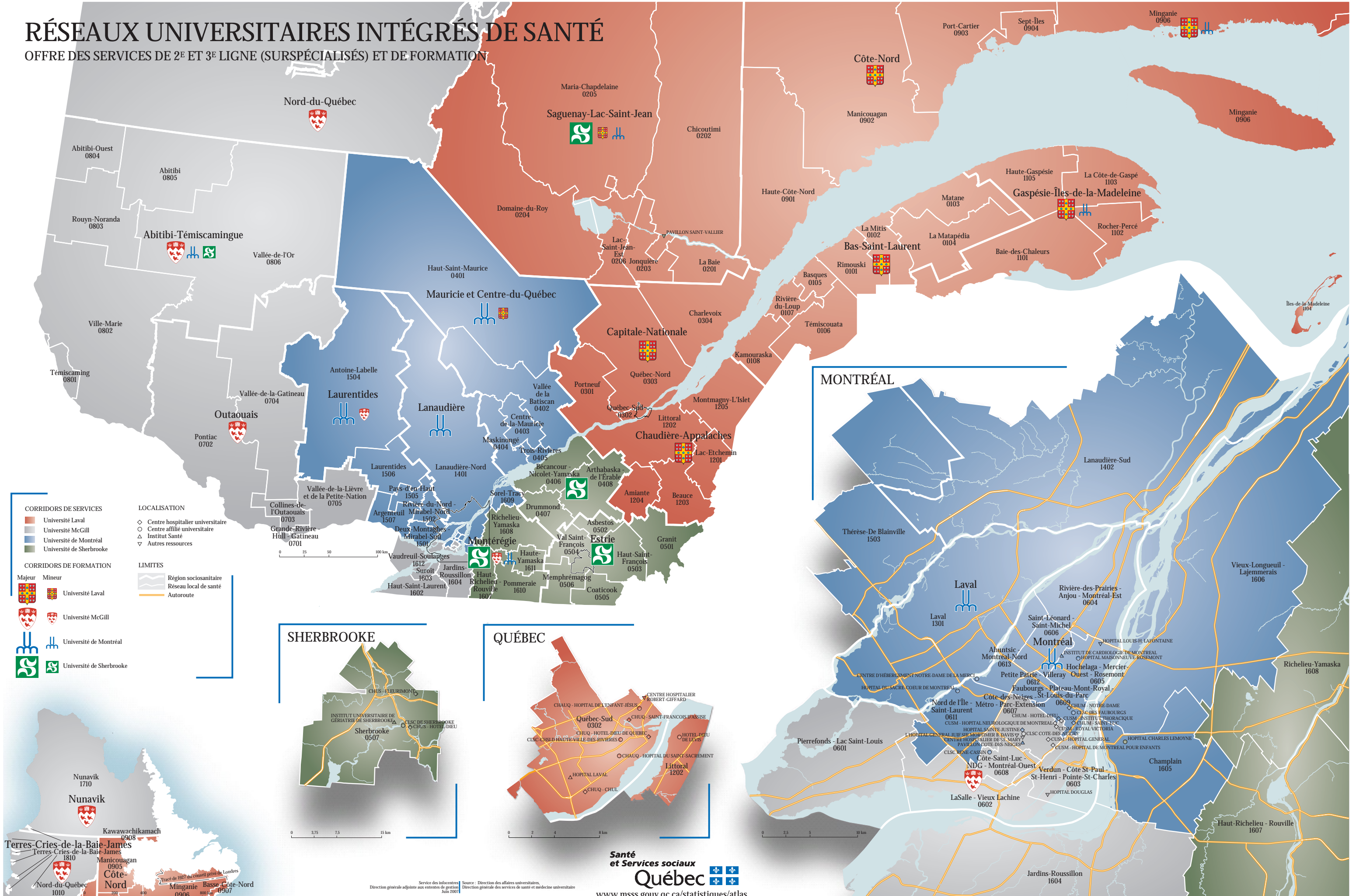
5° émettre son avis sur le plan d'organisation préparé en application de l'article 183 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux en ce qui concerne la structure, la direction, les services et les départements du centre intégré;

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

**ANNEXE A3**  
**Carte RUIS-RLS**

# RÉSEAUX UNIVERSITAIRES INTÉGRÉS DE SANTÉ

OFFRE DES SERVICES DE 2<sup>E</sup> ET 3<sup>E</sup> LIGNE (SURSPÉCIALISÉS) ET DE FORMATION

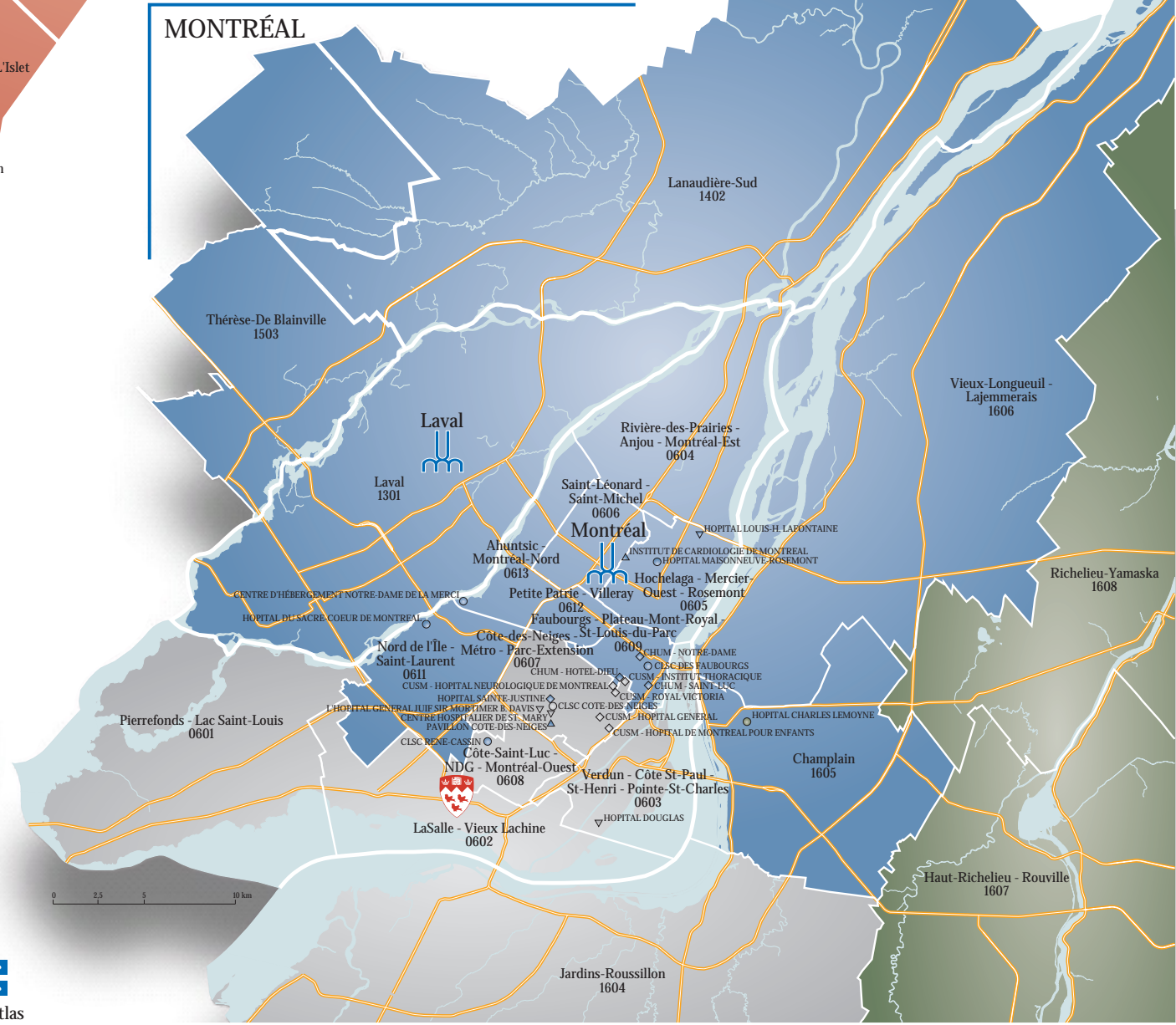
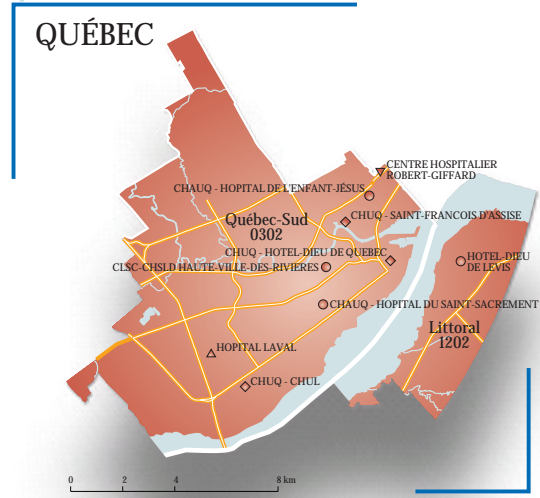


- CORRIDORS DE SERVICES**
- Université Laval
  - Université McGill
  - Université de Montréal
  - Université de Sherbrooke

- LOCALISATION**
- ◇ Centre hospitalier universitaire
  - Centre affilié universitaire
  - △ Institut Santé
  - ▽ Autres ressources

- CORRIDORS DE FORMATION**
- Majeur**
  - Mineur**
  - Université Laval
  - Université McGill
  - Université de Montréal
  - Université de Sherbrooke

- LIMITES**
- Région sociosanitaire
  - Réseau local de santé
  - Autoroute



Service des infocentres | Source : Direction des affaires universitaires, Direction générale adjointe aux ententes de gestion | Juin 2001



## Annexe A4

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

#### La démarche

	Totalement	Majoritairement	Partiellement	Nullement	Sans objet
<p>Les consultations auprès de personnes / organismes impliqués dans l'élaboration du Programme d'accès ont été inclusives et représentatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'ensemble des directions concernées</li> <li>• les autres établissements avec lesquels il existe des ententes de services</li> <li>• le Comité régional pour le programme d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise</li> <li>• les représentants de la communauté d'expression anglaise les organismes communautaires tels que les conseils scolaires, les églises, etc.</li> <li>• les membres de la communauté d'expression anglaise</li> </ul>					
Le renouvellement du programme d'accès évolue dans un contexte d'amélioration continue de la qualité.					
Les améliorations apportées depuis le dernier renouvellement du programme d'accès se font à partir de données probantes.					
Commentaires :					
Recommandations :					

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

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

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

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

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

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

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

## ANNEXE A5

Gabarit suggéré, exemple d'un Programme d'accès

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

## Table des matières

Introduction .....	5
Cadre législatif.....	7
Contexte organisationnel.....	8
La démarche d'élaboration du programme d'accès .....	8
Les besoins d'accès aux services en langue anglaise .....	8
Analyse des écarts.....	11
Modes d'accès aux services en langue anglaise selon les programmes-services.....	12
Résumé des améliorations apportées au programme d'accès antérieur.....	12
Installations offrant les services en langue anglaise.....	13
Modes d'accès privilégiés .....	14
Suivi et évaluation du programme d'accès.....	27

## Liste des annexes

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





# Introduction

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

Les anglophones unilingues et ceux rapportant une connaissance minimale du français sont plus susceptibles que leurs homologues francophones d'être dans une situation où simultanément ils sont en mauvaise santé et n'ont eu aucun recours aux services de santé<sup>1</sup>.

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

Les services de santé et les services sociaux qui sont linguistiquement mal adaptés peuvent entraîner des erreurs médicales graves<sup>2</sup>. La littérature scientifique contient de nombreux exemples de barrières linguistiques ayant compromis l'accessibilité et la qualité des services de santé et des services sociaux, entre autres des erreurs de médicaments, de mauvais diagnostics et une exposition inutile aux risques.

Dans de tels contextes, il est évident qu'une communication claire entre l'intervenant de la santé et l'utilisateur est indispensable à la qualité et à la sécurité des services donnés<sup>3</sup>.

Outre le risque à la sécurité qu'entraînent les barrières linguistiques lors de la prestation de services, les personnes d'expression anglaise ayant une connaissance limitée du français ont plus de difficultés que les autres à naviguer dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). L'encadrement de la communication avec les personnes en situation linguistique minoritaire assure l'exactitude des informations échangées, le consentement éclairé et le respect de la confidentialité en tout temps. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) constate qu'une piètre communication avec les usagers de langue minoritaire entraîne des visites plus longues et moins fréquentes aux cliniques, des visites plus nombreuses au service d'urgence, moins de suivis, une plus grande insatisfaction quant aux services reçus, une hospitalisation plus fréquente et des examens médicaux plus nombreux, augmentant ainsi le coût des services<sup>4</sup>.

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

Outre les exigences légales, les prestataires de services sont tenus d'offrir ces derniers de façon à ce que les usagers puissent les comprendre, à défaut de quoi ces services pourraient entraîner des problèmes de nature éthique. Les problèmes de nature éthique peuvent prendre plusieurs formes<sup>5</sup> :

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

Une communication efficace s'impose également en ce qui concerne les initiatives de promotion de la santé et de prévention de la maladie afin que les personnes d'expression anglaise puissent participer pleinement au maintien de leur santé et la prennent véritablement en main<sup>6</sup>.

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

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

[www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php)

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

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

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

[www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php)

<sup>6</sup> Office régional de la santé de Winnipeg. *Regional Interpreter Services - Language Access Policy*, juillet 2013. [wra.mb.ca/about/policy/files/10.40.210.pdf](http://wra.mb.ca/about/policy/files/10.40.210.pdf)

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

### Objectif du programme d'accès

Le programme d'accès vise à rendre accessible aux personnes d'expression anglaise une gamme de services de santé et de services sociaux en langue anglaise qui soit la plus complète possible et le plus près possible du milieu de vie de ces personnes<sup>7</sup>.

Il indique la manière, le service et le lieu (installation ou établissement) pour lesquels il y a obligation de rendre les services de santé et les services sociaux accessibles en langue anglaise pour la population d'expression anglaise, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières des établissements et dans le respect des lois en vigueur<sup>8</sup>.

Les objectifs du programme d'accès sont les suivants :

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

### Orientations privilégiées

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

- 1) *La responsabilité populationnelle*. Les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local ou régional<sup>11</sup> sont amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population. Ils doivent rendre accessible un ensemble de services le plus complet possible, en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la composent<sup>12</sup>.
- 2) *La hiérarchisation des services*. La complémentarité des services est nécessaire pour faciliter le cheminement des personnes d'un service à l'autre, suivant les mécanismes utilisés par les intervenants. Ces mécanismes supposent qu'on puisse diriger les personnes vers des services de proximité et des services spécialisés et surspécialisés. Pour leur assurer des services en langue anglaise, l'établissement doit guider les personnes d'expression anglaise vers les services requis et les diriger vers l'endroit adéquat où elles pourront obtenir réponse à leurs besoins dans leur langue, tout en respectant les droits des personnes, les normes éthiques et les standards de pertinence et d'accès reconnus.

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

<sup>8</sup> Notamment des articles 1, 4 et 29.1 de la Charte de la langue française.

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

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

<sup>11</sup> Les établissements publics non fusionnés ont un mandat suprarégional.

<sup>12</sup> Les établissements non fusionnés font exception étant donné leur mandat.

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

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

## Cadre législatif

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

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

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

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

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

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

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

## Contexte organisationnel

*Définir le contexte organisationnel de l'établissement :*

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

Documents à joindre en **annexe** :

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

## La démarche d'élaboration du programme d'accès

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

Document à joindre en **annexe** :

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

## Les besoins d'accès aux services en langue anglaise

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

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

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

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

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

*Il est nécessaire de démontrer que les variables utilisées ciblent le plus grand nombre possible de personnes d'expression anglaise touchées par les services et susceptibles de recourir aux services de l'établissement<sup>14</sup>.*

La variable « langue maternelle » se définit comme étant la première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise par le recensé au moment du recensement, alors que la « première langue officielle parlée » (PLOP) est une variable dérivée. Cette dernière tient compte, premièrement, de la connaissance des deux langues officielles, deuxièmement, de la langue maternelle et, troisièmement, de la langue parlée à la maison<sup>15</sup>. Comparativement au concept de la langue maternelle, le concept de la PLOP est donc plus inclusif<sup>16</sup>. C'est pourquoi le bassin potentiel maximal est normalement déterminé à partir de la première langue officielle parlée (PLOP)<sup>17, 18</sup>.

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

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

À titre d'exemple, l'éducation et le revenu sont liés au niveau de santé et à la satisfaction dans la vie, l'éducation ayant un lien plus important chez les aînés<sup>19</sup>. De plus, une faible scolarité est associée à de faibles taux de littératie en matière de santé, ainsi qu'à des risques plus élevés de problèmes sociaux ou de problèmes liés à la santé.

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

*« Les aînés d'expression anglaise au Québec forment près du tiers du total de la population anglophone. Plusieurs d'entre eux sont isolés socialement et n'ont que peu ou pas de membres de leur famille pour prendre soin d'eux. En raison des barrières linguistiques, beaucoup d'aînés choisissent de ne pas avoir recours aux services quand ils en ont besoin. Il y a un nombre étonnamment élevé d'aînés d'expression anglaise qui vivent seuls et dans une situation de faible revenu<sup>20</sup>. »*

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

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

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

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

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

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

<sup>20</sup> <http://www.statcan.gc.ca>

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

Le faible revenu et la pauvreté sont liés à un mauvais état de santé. Or, les aînés et les personnes d'expression anglaise âgées de 45 à 64 ans, appelées parfois la « génération sandwich », qui ont la charge d'enfants et de parents âgés, vivent plus souvent avec un faible revenu comparativement à la majorité dans 12 des 17 régions au Québec<sup>21</sup>. Une étude de l'INSPQ confirme que :

*« les anglophones sont proportionnellement plus nombreux à vivre sous le seuil de faible revenu et à être touchés par le chômage<sup>22</sup> ».*

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

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

### **Distribution de la population selon la PLOP<sup>23</sup> et le groupe d'âge**

*Résumez les données sur la première langue officielle parlée provenant du recensement de Statistique Canada, en utilisant des tableaux, des graphiques ou tout autre moyen que vous jugez à propos<sup>24</sup>.*

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

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

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

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

### **Utilisation des services en langue anglaise**

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

### **Sommaire des besoins d'accès aux services en langue anglaise**

*Résumé des besoins.*

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

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

<sup>23</sup> PLOP est la première langue officielle parlée.

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

Documents à joindre en **annexe** :

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

## Analyse des écarts

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

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

Programme-service : Santé publique

	Résumé des écarts	Pistes d'amélioration
Accessibilité		
Continuité		
Qualité		

Programme-service : Jeunesse

	Résumé des écarts	Pistes d'amélioration
Accessibilité		
Continuité		
Qualité		

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

	Résumé des écarts	Pistes d'amélioration
Accessibilité		
Continuité		
Qualité		

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

	Résumé des écarts	Pistes d'amélioration
Accessibilité		
Continuité		
Qualité		

Programme-service : Santé mentale et dépendance

	Résumé des écarts	Pistes d'amélioration
Accessibilité		
Continuité		
Qualité		

Programme-service : Services généraux

	Résumé des écarts	Pistes d'amélioration
Accessibilité		
Continuité		
Qualité		

Programme-service : Santé physique

	Résumé des écarts	Pistes d'amélioration
Accessibilité		
Continuité		
Qualité		

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

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

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

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

### *Résumé des améliorations apportées au programme d'accès antérieur*

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

*Dans l'ensemble du programme d'accès :*

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



*Particuliers aux programmes-services :*

Programme-service : Santé publique

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

Programme-service : Jeunesse

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

Programme-service : DI / TSA / DP

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

Programme-service : SAPA

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

Programme-service : Santé mentale et dépendance

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

Programme-service : Services généraux

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

Programme-service : Santé physique

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

### ***Installations offrant les services en langue anglaise***

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

#### ***Installations indiquées***

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

*Liste des installations indiquées*

#### ***Installations désignées***

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

*Liste des installations désignées*

### Ententes de service

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

*Inclure une copie de chaque entente signée en annexe.*

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

Documents à joindre en **annexe** :

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

### Modes d'accès privilégiés

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

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

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

### Modes d'accès privilégiés selon chaque programme-service

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

**Programme-service : Santé publique**

À être rempli par le directeur de la santé publique

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

## Programme-service : Jeunesse

À être rempli par le directeur de la Direction jeunesse

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

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

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

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

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

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

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

(18 ans et plus)		personne, à la famille, aux proches et à la communauté	Soutien aux proches et à la communauté																		
		Services professionnels spécialisés (ergothérapie, orthophonie, psychologie, physiothérapie, service social)																			
		Expertise en troubles graves du comportement (TGC)																			
	Autres	Répit spécialisé																			
		Services résidentiels	Ressource de type familial (RTF) (famille d'accueil)																		
			Ressource intermédiaire (RI)																		
			Ressource intermédiaire spécialisée (RIS)																		
			Résidence à assistance continue (RAC)																		
	Autres	Services socioprofessionnels	Services d'intégration à l'emploi																		
			Services d'intégration au travail																		
Services de plateaux de travail																					
Services de plateaux sociocommunitaires																					
Centres d'activités de jour																					

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

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

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



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

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

À être rempli par le directeur de la Direction SAPA

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

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

## Programme-service : Santé mentale et dépendance

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

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

## Programme-service : Services généraux

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

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

**Services de l'établissement non fusionné<sup>25</sup>**

*À être rempli par les directeurs concernés*

Service	Installations indiquées					Installations désignées					Commentaires
	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	nom de l'installation	

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

## Suivi et évaluation du programme d'accès

*Résumé des actions de communication du programme d'accès.*

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

*Précisez les actions de communication prévues.*

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

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

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

Annexe 5.1

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

Nom de l'établissement:

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

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

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

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



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

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

Nom: Titre				
Courriel: Téléphone				

**Partenaires - RSSS**

Établissement / installation / organisme: Nom				
Titre				
Courriel				
Téléphone				

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

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

**Représentants CEA (IRP, RCSSS)**

Organisme / établissement / autre: Nom				
Titre				
Courriel				
Téléphone				

**Organismes communautaires, commission scolaire, églises, etc**

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

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

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

**Membres de la CEA**

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

**Annexe 5.2**

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

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

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

**Annexe 5.3**

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

Nom (Individu / organisme / groupe)	Date consulté	Forum	Sondage	Autre	document sommaire en annexe des informations qualitatives recueillies

## Annexe 5.4

### Besoins de la communauté d'expression anglaise – sommaire qualitatif

Pour chaque programme-service, résumez votre analyse qualitative des besoins de la population d'expression anglaise, ou des enjeux auxquelles elle fait face, en matière d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise.

Il est important de prendre en considération l'impact des barrières linguistiques sur l'accès, la continuité et la qualité des services en langue anglaise.

#### Faire compléter par les directions cliniques impliquées

Programme-service : Santé Publique

--

Programme-service : Jeunesse

--

Programme-service : DI / TSA / DP

--

Programme-service : SAPA

--

Programme-service : Santé mentale et dépendance

--

Programme-service : Services généraux

--

## BIBLIOGRAPHY

- Aucoin, L.** Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé: analyse critique de la littérature. Report submitted to the Société santé en français. May 15, 2008.
- Battaglini, A. and Léonard, G.** (2012). *Projet de Cadre national de référence en matière d'interprétariat.*
- Bowen, S.** (2004). *Language Barriers within the Winnipeg Regional Health Authority, Evidence and Implications.* Winnipeg Regional Health Authority.
- Bowen, S.** *Language Barriers in Access to Health Care.* Health Canada, 2001.  
<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-accessibility/language-barriers.html>
- Community Health and Social Services Network** (2016). *English-language interpretation services to improve language access to health and social services for members of English-speaking communities in Quebec.* Status report.
- Community Health and Social Services Network.** <http://chssn.org/document-center/>. Web page consulted May 13, 2016.
- Conseil québécois d'agrément.** Questionnaire pour mesurer la satisfaction de la clientèle des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). 2016.
- de Moissac, D., Savard, S., Ba, H., Zellama, F., Benoit, J., Giasson, F. and Drolet, M.** (2014). *Recruitment and retention of bilingual professionals in Francophone minority.*
- Drolet, M., Savard, J., Benoit, J., Arcand, I., Savard, S., Lagacé, J. and Dubouloz, C.** (2014). *Health services for linguistic minorities in a bilingual setting: Challenges for bilingual professionals.* *Qualitative Health Research*, 24(3), 295-305.
- Falcone, J. and Quesnel-Vallée, A.** Les disparités d'accès aux soins de santé parmi la minorité de langue officielle au Québec. *Recherches sociographiques*, LV, 3, 2014: (SCSS).
- Hoehn, B., Nielsen, K. and Sasso, A.** (2006). *Health Care Interpreter Services: Strengthening Access to Primary Health Care National Report: An overview of the accomplishments, outcomes and learnings of the SAPHC project.* Toronto.
- Immigration and Citizenship Canada.** *Population definition considerations.*  
<https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/corporate/reports-statistics/research/statistical-portrait-english-speaking-immigrants-quebec/section-2.html>. Web page consulted July 26, 2016.
- Institut national de santé publique du Québec.** [inspq.qc.ca](http://inspq.qc.ca). Web page consulted May 12, 2016.
- Institut national de santé publique du Québec** (2012). *The Socioeconomic Status of Anglophones in Québec.* Québec: Government of Québec.  
[chssn.org/pdf/En/INSPQ/SituationSocioEconoAngloQc.pdf](http://chssn.org/pdf/En/INSPQ/SituationSocioEconoAngloQc.pdf)
- Kueber, R.** *Promoting the Health and Well-being of English-speaking Seniors in Québec: A Community Model.* Community Health and Social Services Network. 2016. p. 3.
- Ouimet, A.-M., Trempe, N., Vissandjée, B. and Bourdon, J.-F.** *Language Adaptation in Health Care and Health Services: Issues and Strategies.* INSPQ, January 2013.

**Quebec Community Groups Network (QCGN).** (2013). Pocock, J. Socio-demographic Profile of Quebec's English-speaking Seniors, Section 2, p. 11.  
<http://casemcq.com/uploads/pdf/Demo%20Profile%20MCQ%202016%20J.%20Pocock%20English%20v02.pdf>

**Québec (Government of)** (2006). *Act respecting health services and social services*. CQLR., chapter S-4.2, Éditeur officiel du Québec, s. 15.

**Québec (Government of).** *Act to modify the organization and governance of the health and social services network, in particular by abolishing the regional agencies*, sections 206–207.

**Québec (Government of)** (2015). *Act to modify the organization and governance of the health and social services network, in particular by abolishing the regional agencies*.  
<http://legisquebec.gouv.qc.ca/en/ShowDoc/cs/O-7.2>. Web page consulted September 16, 2016.

**Québec (Government of).** Atlas de la santé et des services sociaux du Québec – Réseaux universitaires intégrés de santé.  
[msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id\\_carte=86](http://msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=86). Web page consulted September 20, 2016.

**Québec (Government of).** *Charter of the French Language*.  
<http://legisquebec.gouv.qc.ca/en/ShowDoc/cs/C-11>. Web page consulted September 16, 2016.

**Québec (Government of). Ministère de la Santé et des Services sociaux.** Frame of reference for the implementation of programs of access to health and social services in the English language for the English-speaking population, Québec, MSSS, March 2006, 37 p.

**Québec (Government of). Ministère de la Santé et des Services sociaux.** Health and Social Services System in Brief. Territorial and local service networks.  
<http://www.msss.gouv.qc.ca/en/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/contexte/>. Web page consulted July 25, 2016.

**Québec (Government of). Ministère de la Santé et des Services sociaux.** Network Reorganization – Organizational profile.  
<http://www.msss.gouv.qc.ca/en/reseau/reorganisation/>. Web page consulted September 14, 2016.

**Québec (Government of). Ministère de la Santé et des Services sociaux.** Réorganisation du réseau – Fiches techniques. [msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/medias/fiches-techniques-regionales-PL10.pdf](http://msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/medias/fiches-techniques-regionales-PL10.pdf). Web page consulted September 14, 2016.

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

**Roberts and Fawcett.** (2001). At risk: A socio-economic analysis of health and literacy among seniors. Statistics Canada: Ottawa. [statcan.gc.ca](http://statcan.gc.ca).

**Statistics Canada.** 2012. Québec, Québec (Code 2423027) and Québec (Code 24) (table). Census Profile, 2011 Census, product no. 98-316-XWF in the Statistics Canada Catalogue. Ottawa. Release date October 2, 2012. [www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-eng.cfm](http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-eng.cfm).

**Statistics Canada.** 2012. <https://www.statcan.gc.ca/eng/start>. Web page consulted May 13, 2016.



**Statistics Canada.** 2011 Census Dictionary. <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/ref/dict/azindex-eng.cfm>. Web page consulted May 12, 2016.

**Statistics Canada.** 2011 Census Dictionary. First official language spoken. <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var.pl?Function=DEC&Id=34004>. Web page consulted July 26, 2016.

**Statistics Canada.** Language variables – by statistical unit. [www.statcan.gc.ca/eng/subjects/Languages](http://www.statcan.gc.ca/eng/subjects/Languages). Web page consulted May 12, 2016.

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

