



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Better Quality. Better Health.
Meilleure qualité. Meilleure santé.

Accès linguistique Rapport d'évaluation

Préparé par Agrément Canada
pour la Société Santé en français

Avril 2016

Renseignements généraux

Une bonne communication est essentielle à une prestation de soins sécuritaires de haute qualité. L'efficacité de la communication entre la personne qui reçoit les services et le prestataire de services de santé s'avère un élément clé d'une prestation de soins de qualité élevée et elle joue un rôle essentiel dans la réduction des disparités et l'amélioration de l'accès.

En 2014, Agrément Canada et la Société Santé en français (SSF) ont formé un partenariat pour élaborer des outils en vue d'aider les organismes à évaluer leur capacité à offrir des services de santé et des services sociaux aux minorités linguistiques. Au cours du projet, il a été déterminé que la meilleure méthode consistait à créer trois outils d'auto-évaluation fondés sur les dimensions de la qualité d'Agrément Canada (Annexe I). Ceux-ci seraient une composante facultative du programme Qmentum d'Agrément Canada qui permettrait d'évaluer l'accès linguistique aux paliers de la gouvernance, du leadership et des unités ou services. Ce partenariat a été établi pour que les minorités linguistiques du Canada aient un meilleur accès à des soins de santé et des services sociaux sécuritaires de haute qualité dans l'ensemble du continuum.

Le rapport présente les résultats et les recommandations qui sont ressortis de la **Phase I** des évaluations, de la mise à l'essai des trois outils d'auto-évaluation menée sur place (Annexe II) et des processus (Annexe III), menée en mars 2016.

Méthodes

Une méthode rigoureuse fondée sur des données probantes a été utilisée pendant l'élaboration des outils pancanadiens relatifs à l'accès linguistique. Une analyse documentaire exhaustive a été effectuée par Agrément Canada de septembre à décembre 2014 en vue d'examiner les données probantes qui confirment l'importance de l'accès linguistique. L'analyse documentaire a montré que les compétences linguistiques (tant du côté des usagers que des organismes de santé) constituent une composante essentielle des soins de santé de qualité. D'autres détails sur la méthode d'analyse documentaire utilisée sont présentés à l'Annexe IV.

Un groupe de travail, formé de prestataires de soins de santé et d'universitaires de partout au Canada, a été mis sur pied pour contribuer à l'élaboration des outils. Le groupe de travail a tenu deux rencontres en personne, entre les mois de mars et de juin 2016, pour discuter de la raison d'être du projet ainsi que de son mandat et du contenu des outils. Les outils ont été révisés à la lumière de la rétroaction découlant de ces rencontres, puis ils ont été transmis au groupe par voie électronique pour obtenir d'autres commentaires en septembre 2015. À la suite de la révision finale en hiver 2016, ils étaient prêts pour une autre validation dans le cadre d'une visite de mise à l'essai et de processus de consultation ciblés, qui sont décrits plus en détail ci-dessous.

Évaluation menée sur place (Phase I – Mars 2016)

Trois établissements ont été sélectionnés dans l'ensemble du Canada pour participer à une évaluation des outils d'auto-évaluation menée sur place. Les établissements, choisis par la SSF et Agrément Canada, ont été ciblés comme étant des champions de la prestation de services adaptés à la réalité linguistique. Ils offrent des services à des minorités linguistiques de langues officielles et autres, et représentent divers services de santé. Ensemble, ils répondent aux critères suivants :

- taille de l'échantillon : trois à cinq organismes;
- secteurs géographiques : ruraux et urbains;
- langues dans lesquelles les services sont offerts : anglais et français;
- secteurs : très diversifiés (p. ex. secteurs hospitalier, extra-hospitalier, des soins de longue durée et des soins à domicile, parmi des organismes clients et d'autres organismes);
- autres éléments pris en considération : inclusion d'organismes de diverses tailles et ayant différentes structures pour mettre à l'épreuve l'applicabilité, la faisabilité et les détails logistiques entourant la mise en œuvre des outils.

Description du processus de mise à l'essai

Les trois établissements qui ont participé à la mise à l'essai ont reçu les outils d'évaluation de l'accès linguistique quatre à six semaines avant la visite de mise à l'essai. Chaque établissement s'est vu affecter un évaluateur tiers (c.-à-d. un visiteur) et a reçu l'horaire de la mise à l'essai (voir l'Annexe V pour avoir une ébauche de l'horaire). On a demandé aux organismes participants d'examiner les outils et de s'auto-évaluer à l'aide de ceux-ci, puis de fournir leurs cotes au visiteur le jour même de la mise à l'essai.

Cet exercice avait pour but de cerner les divergences entre les cotes de l'organisme et celles du visiteur. Les différences entre les cotes pourraient être une indication d'un manque de clarté quant aux critères des outils. Une ou deux semaines avant la tenue de la mise à l'essai, les organismes ont participé à une téléconférence de 30 minutes pour répondre à des questions et discuter des détails logistiques de la mise à l'essai (p. ex. réserver une salle pour les discussions en groupe).

Les visiteurs, accompagnés de membres du personnel d'Agrément Canada et de la SSF, ont participé aux visites de mises à l'essai. Chaque mise à l'essai a duré une demi-journée et a compris une rencontre avec l'équipe de leadership et une autre avec un membre du conseil d'administration, la consultation de dossiers, le suivi du cheminement d'un usager dans l'organisme pour valider les critères de l'outil, et ce, à partir du palier du leadership jusqu'à celui des usagers. Les visiteurs ont ensuite animé une séance-synthèse lors de laquelle ils ont offert un sommaire des résultats découlant de la visite. Les organismes ont été informés que, pour les besoins de la mise à l'essai, l'évaluation serait menée dans un service (p. ex. les services de médecine).

Description des établissements qui ont participé à la mise à l'essai

Le présent tableau dresse un portrait sommaire des établissements qui ont participé à la visite de mise à l'essai.

Organisme	Secteur	Emplacement	Population francophone	Dates
Bendale Acres Long-Term Care Home	Soins de longue durée	Scarborough, Ontario	4,5 %	Le 21 mars 2016
Réseau de santé Horizon — Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick	Soins de courte durée et soins tertiaires	Saint John, Nouveau-Brunswick	15 à 20 %	Le 29 mars 2016
Southern Health – Santé Sud, Hôpital Ste-Anne Hospital	Soins de courte durée	Ste-Anne, Manitoba	51 %	Le 23 mars 2016

Bendale Acres Long-Term Care Home :

L'organisme Bendale Acres est un organisme de soins de longue durée situé à Scarborough, en Ontario. Il s'agit de l'un des six organismes de soins de longue durée exploités par la Ville de Toronto. Dans la région du Grand Toronto (RGT), il y a environ 125 000 francophones, dont 17 % ont plus de 65 ans. Vingt-deux organismes y offrent des services dans la langue de groupes minoritaires (p. ex., un établissement où l'on parle italien, un établissement grec). L'organisme Bendale Acres est le seul à offrir des services en français dans la RGT, à son pavillon Deslauriers. Présentement, son taux d'occupation est de 17 lits, mais il peut accueillir jusqu'à 50 résidents. Bien que l'organisme Bendale Acres ne soit pas désigné bilingue par la province, le personnel, le conseil d'administration et les représentants des comités ont démontré un engagement à offrir des services en français aux usagers. Certains des postes sont obligatoirement bilingues, y compris certains des postes du personnel infirmier autorisé, du personnel infirmier auxiliaire autorisé, de préposés au service alimentaire, de travailleurs sociaux et celui de ludothérapeute. L'organisme informe un vaste réseau de parties prenantes au sujet de la disponibilité de ses services offerts en français et il a mis en œuvre divers projets visant à maintenir ces services.

Hôpital Ste-Anne Hospital – Southern Health – Santé Sud :

L'Hôpital Ste-Anne Hospital est un établissement de 21 lits qui comprend une unité d'obstétrique, un Service des urgences, un bloc opératoire et des services de médecine générale. Au Manitoba, il existe cinq offices régionaux de la santé, dont quatre qui sont désignés bilingues. L'Hôpital Ste-Anne Hospital fait partie de l'Office régional de la santé Southern Health – Santé Sud, une région rurale, multiculturelle avec une désignation bilingue. Dans la région, 11 % de la population parle français, tandis que dans l'Hôpital Ste-Anne Hospital 51 % des résidents parlent français. On y retrouve aussi une population allemande croissante.

Dans le cadre de la stratégie régionale de l'office Southern Health – Santé Sud, un plan stratégique précise l'adoption d'une approche intégrée pour la prestation de services en français. Il comprend des fonds réservés; des postes, des établissements, des programmes et des services bilingues; de meilleurs processus de navigation des usagers dans le système; la création de partenariats; l'élaboration de diverses stratégies pour faciliter l'accès à des services en français et améliorer l'offre active* faite auprès des usagers. Par le biais de l'Office Southern Health – Santé Sud, les membres du personnel ont aussi droit à des cours de français offerts en personne ou par vidéoconférence et à un nombre limité de cours offerts en ligne.

* L'ensemble de mesures prises par les entités administratives désignées pour s'assurer que les services en français sont apparents, faciles et rapides d'accès, en plus d'être publicisées.

Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick – Réseau de santé Horizon :

Le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick est situé à Saint John et fait partie du Réseau de santé Horizon. Le Nouveau-Brunswick est la seule province bilingue au Canada; toutes les personnes qui y résident ont le droit de communiquer avec les institutions provinciales et d’y recevoir des services dans la langue officielle de leur choix. La majorité de la population à Saint John parle anglais; seulement 4 % de la population s’identifie comme étant francophone. Cela dit, 15 à 20 % des usagers du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick sont francophones. Il a pour mandat d’offrir des soins cardiaques à toute la population du Nouveau-Brunswick et, par conséquent, les services en français ont été officialisés et mis en œuvre dans l’ensemble du réseau et de l’organisme. Ces services comprennent un plan de services en français, des membres du personnel, des politiques et procédures ainsi que des communications bilingues. Le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick procède à une offre active dans toutes ses interactions avec les usagers (p. ex. hello, bonjour) pour que ceux-ci puissent indiquer la langue officielle qu’ils préfèrent utiliser. Grâce à un partenariat avec la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB), le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick offre des cours de français sur place aux membres du personnel qui veulent améliorer leurs aptitudes en la matière.

Consultation des organismes (Phase II – Avril 2016)

Dans le cadre de l’évaluation des outils, une consultation ciblée a été effectuée par courriel auprès d’un certain nombre d’organismes de santé. La consultation visait à obtenir une rétroaction sur le contenu et l’applicabilité des outils dans divers contextes de soins de santé au Canada.

La consultation a été envoyée à 41 établissements et parties prenantes avec des instructions leur indiquant de répondre directement à l’équipe Élaboration des programmes d’Agrément Canada. Les destinataires pouvaient acheminer la consultation à d’autres parties prenantes clés. La consultation s’est déroulée pendant six semaines, soit de la mi-mars à la fin d’avril 2016.

Un deuxième rapport d’évaluation résumant les résultats de la Phase II de l’évaluation sera rédigé au cours de l’été 2016.

Résultats

Mise à l'essai menée sur place

Les mises à l'essai sur place ont porté sur six thèmes principaux, à savoir : l'utilité des outils pour cerner les points forts et les possibilités d'amélioration, l'applicabilité des outils à toutes les minorités linguistiques, la pertinence des critères en fonction des lois en vigueur dans la province et de la structure organisationnelle, la clarté et le caractère mesurable des critères, le processus de mise à l'essai, et la mise en œuvre des outils en tant que validation des efforts consentis par l'organisme pour offrir des services adaptés à la réalité linguistique.

Utilité des outils pour cerner les points forts et les possibilités d'amélioration

Des trois établissements qui ont participé à la mise à l'essai, l'un est situé dans une région désignée bilingue (Hôpital Ste-Anne Hospital), un autre se trouve dans la seule province bilingue au Canada dans un centre urbain majoritairement anglophone (Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick) et le dernier n'est pas désigné bilingue et n'est pas situé dans une province bilingue (Bendale Acres).

En général, les participants à la mise à l'essai ont émis des commentaires positifs au sujet de l'utilité des outils. Les commentaires faits par Bendale Acres indiquaient que les outils offrent un cadre conceptuel structuré permettant de déterminer les activités d'amélioration et qu'ils ont été utiles pour cerner les lacunes liées aux structures et processus sur lesquels repose la prestation de services adaptés à la réalité linguistique. Cela comprend des politiques, des procédures et un plan d'accès linguistique structuré. Les outils ont réussi à faire ressortir les activités d'amélioration possibles aux paliers de la gouvernance, du leadership et des services.

Les commentaires reçus de l'Hôpital Ste-Anne Hospital et du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick se ressemblaient, c'est-à-dire que les outils ont été utilisés en tant que listes de vérification de la validation plutôt qu'à titre d'outil qui offre une approche structurée pour orienter les activités d'amélioration. Les activités d'amélioration cernées étaient surtout opérationnelles et se rapportaient aux services, par exemple, s'assurer que les politiques et procédures établies étaient suivies, et veiller à l'uniformité des offres actives. Les commentaires émis par l'Hôpital Ste-Anne Hospital et le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick indiquaient que le contenu des outils est exhaustif et qu'aucune lacune importante n'a été cernée en matière d'accès linguistique.

Applicabilité des outils à toutes les minorités linguistiques :

Tous les participants à la mise à l'essai étaient d'avis que les outils s'appliquaient aux membres des communautés de langues officielles en situation minoritaire; cela dit, ils estimaient que les outils ne s'appliquaient pas à d'autres minorités linguistiques. Les raisons pour lesquelles les outils n'étaient pas aussi utiles pour les autres minorités linguistiques se rapportaient au statut des langues officielles du Canada, au manque de faisabilité de la mise en œuvre de tous les éléments des outils auprès de toutes les minorités linguistiques, et à l'organisation des services qui n'est pas la même pour les minorités linguistiques de langues officielles et les autres minorités. Compte tenu du statut des langues officielles du Canada, les organismes de santé n'ont pas pour mandat ou ne sont pas tenus de se conformer à tous les éléments des outils lorsqu'il s'agit des autres minorités. Cela exigerait beaucoup de ressources étant donné la multitude de langues parlées par les usagers ou les résidents. Par contre, les participants étaient d'avis que les outils pourraient être utilisés pour orienter l'élaboration d'approches organisationnelles pour d'autres services linguistiques qui mettraient davantage l'accent sur l'accès à des interprètes, la collecte de données linguistiques et la traduction de documents essentiels.

Pertinence des critères de l'outil en fonction des lois en vigueur dans la province et de la structure organisationnelle :

En général, les participants estimaient que les critères présentés dans les outils étaient pertinents en fonction de leur milieu organisationnel. Cependant, certains des commentaires variaient selon la structure de l'organisme ou les lois de la province dans laquelle il était situé.

En ce qui a trait aux lois et aux langues officielles, il y a des variations selon les provinces ou territoires. Par exemple, au Nouveau-Brunswick et au Québec, il existe des lois précises liées aux langues officielles qui ne sont pas en vigueur dans les autres provinces et territoires. Par conséquent, tous les critères se rapportant au recours à des interprètes ont reçu la cote « sans objet » au Nouveau-Brunswick, car on n'a pas recours aux interprètes pour servir les communautés de langues officielles en situation minoritaire dans cette province.

En ce qui concerne la structure organisationnelle, les commentaires varient en fonction du modèle de gouvernance de chaque organisme et de la définition de ce qui constitue une « équipe ». Étant donné la structure de l'Hôpital Ste-Anne Hospital, qui fait partie d'un office régional plus vaste, il n'était pas toujours clair pour les répondants si les questions au sujet de « l'équipe » se rapportaient à l'équipe de gouvernance, à l'équipe régionale, à l'équipe locale ou à une unité, ou encore à une combinaison de celles-ci. En revanche, les répondants dans les organismes autonomes savaient sans équivoque ce qui est entendu par « l'équipe ».

Clarté et caractère mesurable des critères

Dans l'ensemble, les participants étaient d'avis que les critères présentés dans les outils étaient importants, clairs et mesurables.

En ce qui a trait à la clarté des critères, les participants ont émis des commentaires précis à savoir quels critères contenaient du jargon, lesquels n'étaient pas clairs ou lesquels présentaient plus d'une exigence par énoncé (c.-à-d. les critères à deux volets). Les participants ont recommandé de simplifier le sens et la formulation de chaque critère ainsi que de présenter un seul critère par énoncé plutôt que deux. L'un des participants a fait des commentaires précis concernant le format des outils. Il a indiqué que le fait d'avoir deux colonnes, soit une pour les langues officielles et une pour les autres langues, portait à confusion. La confusion était attribuable au fait que les réponses pour chaque groupe étaient différentes en fonction de l'organisation des services, et que dans certaines circonstances les énoncés s'appliquaient à un groupe, mais pas à l'autre.

Pour ce qui est du caractère mesurable des critères, les participants ont indiqué que la plupart des critères étaient mesurables. Certains des participants ont fourni des commentaires précis sur la façon de s'assurer que le contenu soit plus facile à mesurer. La manière dont les participants ont compris certains des critères a aussi été influencée par les lois de leur province. Par exemple, dans les cas où le contenu n'était pas pertinent en raison des exigences de la loi, souvent les participants ne comprenaient pas le but de l'énoncé.

Processus de mise à l'essai

Dans l'ensemble, les participants se sont montrés positifs au sujet du processus de mise à l'essai et ont indiqué qu'il s'agit d'une occasion d'apprentissage utile. Les organismes ont apprécié le fait que leurs services en français et les processus qui s'y rattachent aient été évalués et validés. Les commentaires émis au sujet du processus portaient sur le temps alloué à la mise à l'essai sur place. Tant les participants que les visiteurs étaient d'avis qu'il faudrait davantage de temps pour valider les composantes des outils de façon exhaustive, surtout dans l'éventualité où le visiteur devrait valider tous les services dans l'organisme.

Mise en œuvre des outils en tant que validation des efforts consentis par l'organisme envers une prestation de services adaptés à la réalité linguistique :

Tous les organismes participants ont dit apprécier les outils et le processus de mise à l'essai, car ils aident à justifier et à valider les efforts continus qu'ils déploient pour offrir des services adaptés à la réalité linguistique. Tous les organismes ont décrit la prestation de tels services comme étant un processus complexe qui exige un soutien à divers paliers (macro, méso et micro), l'inclusion du gouvernement et de parties prenantes ainsi que l'engagement des employés. Ces mécanismes de soutien fournissent les ressources humaines et financières qui sont nécessaires pour maintenir des services adaptés à la réalité linguistique. En général, les organismes estimaient que l'élaboration de tels outils par Agrément Canada les aiderait à avoir davantage de soutien pour les services adaptés à la réalité linguistique et à poursuivre sur leur lancée dans un milieu où le financement est limité et doit, parfois, être réaffecté à d'autres fins.

Discussion et recommandations

Avant que les outils puissent être utilisés, il faudrait donner suite aux recommandations suivantes :

- faire la promotion des avantages des outils auprès des organismes pour lesquels l'accès linguistique est nouveau ou de ceux qui se préparent à faire une demande de désignation;
- déterminer quels éléments fondamentaux des outils sont nécessaires pour arriver à une communication efficace et une prestation de services sécuritaires de haute qualité qui s'appliquent à toutes les minorités linguistiques, peu importe qu'il s'agisse ou non des langues officielles;
- simplifier la formulation de certains des critères;
- présenter un seul critère par énoncé plutôt que deux;
- s'assurer que tous les critères sont mesurables;
- préciser ce qu'on entend par « l'équipe » dans le glossaire pour tenir compte des diverses structures organisationnelles;
- mettre en contexte les différentes exigences de la loi dans les provinces et territoires du Canada dans le préambule;
- modifier la structure des outils pour en faire des documents de travail. Ajouter une colonne intitulée *Preuves de conformité* dans les outils pour que les organismes puissent y inclure les preuves (p. ex. politiques, procédures, plans stratégiques) de manière à démontrer qu'ils répondent aux exigences. De plus, ajouter « En cours » dans l'échelle d'évaluation;
- prévoir davantage de temps pour mener la visite sur place.

Limites

Étant donné l'étendue de la mise à l'essai, les résultats ne peuvent être généralisés à tous les organismes qui servent les communautés de langues officielles en situation minoritaire. La mise à l'essai a eu lieu dans des organismes choisis par la SSF et Agrément Canada; ces organismes ont été cernés comme étant des champions des services en français. Par conséquent, les résultats ne représentent pas les expériences de tous les organismes qui offrent des services en français. Bien que les organismes choisis comprenaient des organismes dans diverses régions du Canada, la mise à l'essai n'a pas été effectuée dans le Nord ou les territoires ni dans les communautés éloignées ou isolées, là où la répartition des francophones peut différer de celle des centres ruraux ou urbains. De plus, seulement une unité ou un service par organisme a été évalué. Par conséquent, il n'est pas possible d'évaluer complètement la mise en œuvre des activités liées aux services en français dans tous les secteurs d'un organisme. Puisque les organismes choisis pour participer à la mise à l'essai étaient relativement petits, il n'est pas possible de déterminer l'intégration des services en français dans un grand organisme tel qu'un grand hôpital en milieu urbain ou une région au complet.

Prochaines étapes

Une fois que les résultats de la consultation ciblée auront été analysés, les prochaines étapes comprendront les activités suivantes :









- réviser les outils en fonction des commentaires des parties prenantes;
- fournir les résultats de la Phase I et de la Phase II à la SSF;
- réunir à nouveau le groupe d'experts par téléconférence pour discuter des résultats et présenter la version finale des outils;
- mettre les outils à la disposition des organismes qui participent au Programme d'agrément Qmentum.

Annexe I : Dimensions de la qualité d’Agrément Canada

Sécurité des usagers et qualité

Le cadre conceptuel de gestion de la qualité d’Agrément Canada a servi de guide pour élaborer les outils. Ce cadre est axé sur huit composantes essentielles de la qualité et de la sécurité : la sécurité, les services centrés sur l’usager, le milieu de travail, l’efficacité, la pertinence, l’accessibilité, l’accent sur la population et la continuité.

Cadre conceptuel de gestion de la qualité d’Agrément Canada

DIMENSION	TEXTE EXPLICATIF
 Sécurité	Assurez ma sécurité.
 Services centrés sur l’usager	Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.
 Milieu de travail	Prenez soin de ceux qui s’occupent de moi.
 Efficacité	Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.
 Pertinence	Faites ce qu’il faut pour atteindre les meilleurs résultats.
 Accessibilité	Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.
 Accent sur la population	Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.
 Continuité	Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.

Annexe II : Outils d'auto-évaluation

Auto-évaluation de la gouvernance

Auto-évaluation de la gouvernance		Langues officielles			Autres		
		Oui	Non	S. O.	Oui	Non	S. O.
1)	Le conseil d'administration appuie l'énoncé de politique de l'organisme sur l'accès à des services adaptés à la réalité linguistique.						
2)	Le conseil d'administration appuie un plan éclairé par des données probantes, y compris les buts et objectifs en vue d'assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à la réalité linguistique, ci-après nommé « le plan ».						
3)	Le conseil d'administration veille à l'obtention de commentaires de la part des populations de langues officielles en situation minoritaire et autres minorités linguistiques au sujet du plan.						
4)	S'il existe des obligations légales à cet effet, le conseil d'administration comprend des représentants des populations de langues officielles en situation minoritaire et autres minorités linguistiques desservies par l'organisme.						
5)	Une fois par année, le conseil d'administration reçoit un compte-rendu sur les progrès réalisés en vue d'atteindre les buts et objectifs du plan.						
6)	L'engagement à offrir des services de santé adaptés à la réalité linguistique est démontré dans l'attribution des ressources, la planification stratégique, les communications et la prestation de services.						
7)	Le conseil d'administration communique régulièrement les progrès réalisés en ce qui a trait à l'atteinte des buts et objectifs du plan à l'interne ainsi qu'à la communauté desservie et aux autres parties prenantes (par exemple, à l'aide de rapports annuels).						

Auto-évaluation de l'équipe de leadership

Auto-évaluation de l'équipe de leadership		Langues officielles			Autres		
Énoncé		Oui	Non	S.O.	Oui	Non	S. O.
1)	Un plan éclairé par des données probantes, qui comprend des buts et des objectifs en vue d'assurer l'accès à des services de santé adaptés à la réalité linguistique, est élaboré. Le plan comprend des stratégies pour répondre aux besoins des usagers desservis par l'organisme.						
2)	Les responsabilités relatives à la mise en œuvre du plan et des activités qui s'y rattachent sont déterminées. Cela peut comprendre le fait de désigner une personne ou un comité de supervision dans l'organisme.						
3)	Le plan est mis en œuvre et évalué tous les quatre ans (ou tous les cinq ans, selon les lois en vigueur dans la province ou le territoire où se situe l'organisme).						
4)	S'il existe des obligations légales, l'organisme connaît et respecte celles qui sont pertinentes.						
5)	Des données linguistiques sont recueillies auprès des usagers pour éclairer la planification et la conception des services. Les données portent, entre autres, sur la langue parlée à la maison, la langue officielle de prédilection et les besoins en matière de services d'interprétation.						
6)	De multiples méthodes servent à obtenir de l'information à jour sur les besoins des minorités linguistiques desservies en matière de santé. Ces méthodes comprennent la collaboration avec des parties prenantes et des partenaires de la communauté en vue de recueillir de l'information, la tenue de données démographiques à jour sur la communauté ou l'utilisation des résultats d'études disponibles.						
7)	Les données relatives aux besoins des minorités linguistiques en matière de santé servent à planifier les services. Par exemple, si le diabète est plus						

Auto-évaluation de l'équipe de leadership		Langues officielles			Autres		
		Oui	Non	S.O.	Oui	Non	S. O.
	répandu chez certaines minorités linguistiques, l'enseignement en matière de santé et la promotion de la santé sont effectués dans les langues couramment parlées par la communauté desservie.						
8)	Les données relatives aux profils d'utilisation des services (accès initial, enseignement visant la promotion de la santé) sont analysées pour aider à déterminer si des obstacles empêchent certaines minorités linguistiques d'accéder aux services.						
9)	Le plan d'accès linguistique est pris en considération pour l'attribution des ressources. Cela inclut les coûts de la traduction (site Web, documents essentiels), de la signalisation, des services d'interprétation, des communications, des ressources humaines et des technologies.						
10)	Des partenariats sont établis afin d'améliorer l'offre de services adaptés à la réalité linguistique pour combler des lacunes et pour améliorer l'accès.						
11)	Tous les programmes et les services qui sont offerts à l'interne dans les langues des minorités linguistiques sont clairement déterminés et les façons d'y accéder sont précisées.						
12)	Les stratégies de recrutement des ressources humaines tiennent compte des responsabilités légales et du portrait linguistique de la population desservie.						
13)	Dans les provinces et territoires où l'on retrouve des postes bilingues, les connaissances linguistiques sont évaluées par un organisme reconnu, vérifiées au cours du processus d'embauche, et régulièrement réévaluées.						
14)	Un inventaire des membres du personnel qui maîtrisent bien deux langues (et qui ont été évalués par un organisme reconnu), y compris des langues autres que le français et l'anglais, est établi pour aider à combler les lacunes dans les services d'assistance linguistique.						
15)	Le plan et l'engagement de l'organisme à assurer l'accès à des services de santé adaptés à la réalité linguistique sont communiqués au personnel au moyen de politiques et de procédures, du processus d'orientation et de séances de formation.						
16)	Il existe des politiques et des procédures éclairées par des données probantes qui portent sur les services d'interprétation. Des lignes directrices						

Auto-évaluation de l'équipe de leadership		Langues officielles			Autres		
		Oui	Non	S.O.	Oui	Non	S. O.
	strictes sont respectées en ce qui a trait au recours à des interprètes professionnels spécialisés dans le domaine médical, ainsi qu'à des interprètes improvisés (membres de l'équipe, membres des familles) pour servir les minorités linguistiques.						
17)	Des politiques et des procédures d'accès linguistique éclairées par des données probantes, qui décrivent comment fournir des services adaptés à la réalité linguistique et comment recueillir des données, sont élaborées, mises en œuvre et diffusées. Les procédures devraient expliquer comment répondre aux appels téléphoniques de minorités linguistiques, obtenir et surveiller l'information sur la préférence linguistique, renseigner les usagers au sujet des services d'assistance linguistique, déterminer les besoins linguistiques des usagers, et préciser quand accéder aux services des interprètes et utiliser la technologie liée aux services d'assistance linguistique (technologies de vidéoconférence).						
18)	Des politiques et des procédures relatives à la traduction et à la vérification des documents cliniques et administratifs (formulaires de consentement, directives préalables, information au congé) sont élaborées et respectées.						
19)	L'information sur la procédure de plaintes et le droit de porter plainte est offerte dans les langues utilisées par la communauté desservie.						
20)	Un suivi systématique est donné à toutes les plaintes relatives aux barrières linguistiques présentes lors de la prestation de services aux minorités linguistiques.						
21)	Après un incident lié à la sécurité des usagers, de l'information est recueillie pour déterminer si les barrières linguistiques ont contribué à l'incident.						
22)	Les dossiers des usagers et les systèmes de technologie de l'information comprennent une fonction ou un endroit pour consigner l'identité linguistique de l'utilisateur (ou la langue parlée à la maison) de même que la langue officielle de prédilection tout au long de la trajectoire des soins.						
23)	Les buts et objectifs en matière d'amélioration de la qualité découlant du plan sont établis.						
24)	Du soutien est fourni pour créer des partenariats participatifs avec les différentes communautés linguistiques afin de faciliter leur participation à la conception et à la mise en œuvre d'activités liées à						

Auto-évaluation de l'équipe de leadership		Langues officielles			Autres		
Énoncé		Oui	Non	S.O.	Oui	Non	S. O.
	l'amélioration de la qualité qui découlent du plan.						
25)	Des indicateurs sont cernés, mis en œuvre et évalués pour mesurer les progrès réalisés en vue d'assurer l'accès à des services de santé adaptés à la réalité linguistique. Les données qui servent à l'évaluation sont recueillies au moyen de sondages sur la satisfaction des usagers, de sondages auprès du personnel sur le recours à des interprètes et des services d'assistance linguistique, d'observations des interactions entre les usagers et les prestataires, de l'obtention de commentaires auprès d'organismes partenaires et de parties prenantes, et de la mise à jour des données démographiques sur la communauté.						

Auto-évaluation des services

Auto-évaluation des services		Langues officielles			Autres		
Énoncé		Oui	Non	S. O.	Oui	Non	S. O.
1)	Les services sont conçus pour maximiser l'accès à des services adaptés à la réalité linguistique des usagers. Par exemple, l'attribution des tâches est ajustée de manière à jumeler les usagers et les prestataires qui parlent la même langue ou à concentrer la demande en fixant des rendez-vous la même journée de la semaine pour les usagers qui parlent la même langue.						
2)	Un éventail de méthodes appropriées éclairées par des données probantes permet aux usagers d'avoir accès à des services adaptés à leur réalité linguistique. Ces méthodes comprennent, entre autres, les technologies de l'information telles que les vidéoconférences, les services d'interprétation, l'offre de programmes dans d'autres langues et les outils ou le matériel de formation.						
3)	Les membres de l'équipe savent qu'il existe des politiques, des procédures et des meilleures pratiques relatives aux services d'assistance linguistique et ils les connaissent bien.						
4)	Les membres de l'équipe suivent les politiques et les procédures de l'organisme qui portent sur la traduction, la communication avec les usagers et le travail avec des interprètes pour assurer une prestation de services sécuritaire aux minorités linguistiques.						
5)	Les membres des équipes sont au courant de tous les programmes et services offerts à l'interne dans les langues officielles et d'autres langues, ainsi que de la liste des services offerts par des partenaires de l'externe.						
6)	Les équipes sont au courant des risques pour la qualité et la sécurité associés aux barrières linguistiques entre les usagers et les prestataires de services.						
7)	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des minorités linguistiques. Au moyen de cette approche, l'équipe travaille pour corriger les processus qui suscitent des erreurs, des délais ou des inefficiences.						
8)	Les membres de l'équipe connaissent les problèmes de santé qui touchent les minorités linguistiques desservies par l'organisme ou l'unité.						

Auto-évaluation des services		Langues officielles			Autres		
		Oui	Non	S. O.	Oui	Non	S. O.
9)	L'information relative à la préférence et aux compétences linguistiques de chaque usager est consignée dans son dossier, est facile d'accès et mise à la disposition des membres de l'équipe et des autres prestataires de services tout au long de la trajectoire des soins.						
10)	Le dossier de chaque usager indique s'il a eu recours à des interprètes et, dans l'affirmative, le type de services d'interprétation est précisé (interprète professionnel, membres bilingues du personnel, membres de la famille).						
11)	Dans les cas où les usagers ont des compétences linguistiques limitées et que des services d'interprétation sont indiqués, mais que ceux-ci n'ont pas été utilisés, les raisons expliquant pourquoi ils n'ont pas été utilisés sont consignées.						
12)	Les usagers sont informés de l'existence des services d'assistance linguistique de l'organisme de vive voix et par le biais de notifications écrites, ainsi que de la possibilité de recevoir des services dans les langues officielles ou dans la langue de leur choix en ayant recours aux services d'interprétation.						
13)	Les formulaires de consentement et d'autres documents essentiels sont mis à la disposition des usagers et de leurs familles dans les langues les plus couramment parlées par la communauté desservie.						
14)	L'avis des populations de langues officielles en situation minoritaire et autres minorités linguistiques est pris en compte dans la planification des soins individuels. La participation des minorités linguistiques à la planification des soins est facilitée en leur offrant des services d'assistance linguistique, tels que l'accès à un interprète.						
15)	L'information sur la santé ainsi que les ressources en formation sont accessibles dans les langues les plus couramment parlées par la communauté desservie.						
16)	Les besoins linguistiques de l'utilisateur et de sa famille sont pris en considération lorsqu'il passe d'un service à un autre.						
17)	Les services d'approche communautaire sont favorisés pour mieux faire connaître aux populations de langues officielles en situation minoritaire et autres minorités linguistiques l'existence des services de l'organisme adaptés à la réalité linguistique.						

Annexe III : Processus de mise en œuvre de l'auto-évaluation

Les organismes disposent de trois listes de vérification qui leur permettent de s'auto-évaluer pour jauger leur capacité à fournir des soins et des services sociaux adaptés à la réalité linguistique. L'accès linguistique est évalué au sein de l'équipe de gouvernance, de l'équipe de leadership et des services. Cette évaluation est intégrée au processus d'agrément sur une base volontaire. Les outils comprennent une liste exhaustive d'interventions objectives fondées sur des données probantes, qui aide les organismes à s'assurer qu'ils offrent des soins sécuritaires de haute qualité aux minorités linguistiques.

Les organismes sont encouragés à utiliser les outils d'auto-évaluation pour déterminer des possibilités d'amélioration concrètes. Les étapes qui suivent décrivent comment se servir des outils.

1. Désigner une personne ou former un comité sur l'accès linguistique qui aura la responsabilité d'effectuer les trois auto-évaluations.
2. Effectuer les auto-évaluations de la manière qui suit.
 - Déterminer à quel moment les auto-évaluations auront lieu; cela peut concorder avec le cycle d'agrément de quatre ans ou être fait plus souvent.
 - Les organismes sont invités à utiliser les trois outils d'auto-évaluation. Cela dit, selon la taille et la structure de l'organisme, il se peut que cela ne soit pas possible ou pertinent.
 - Les auto-évaluations peuvent être réalisées une à la fois ou simultanément.
 - L'auto-évaluation des services peut être distribuée aux équipes ou aux unités ou à une catégorie ciblée (p. ex. en obstétrique ou en médecine) et être retournée en version papier à la personne ou au comité responsable.
 - Le personnel d'encadrement de l'organisme devrait être averti que les auto-évaluations auront lieu.
 - Le processus peut inclure ce qui suit : parler avec les membres du personnel et les prestataires de services pour voir s'ils connaissent les politiques, lire les politiques et effectuer une analyse du milieu (p. ex. vérifier les panneaux de signalisation) pour bien répondre aux questions des outils d'auto-évaluation.
3. Élaborer un plan d'accès linguistique et établir l'ordre de priorité des possibilités d'amélioration en fonction des résultats des auto-évaluations (cela est fait par la personne ou le comité qui a effectué les auto-évaluations). Le plan d'accès linguistique devrait inclure des buts et des objectifs mesurables qui sont limités dans le temps en vue d'assurer l'accès à des services de santé adaptés à la réalité linguistique, en plus de désigner une personne ou un comité qui devra se charger d'assurer les changements

nécessaires. Il peut s'agir d'une personne ou d'un comité différent de celui qui a reçu le mandat d'effectuer les auto-évaluations et d'élaborer le plan. Le plan d'accès linguistique devrait porter sur les objectifs qui touchent l'ensemble de l'organisme (p. ex. signalisation dans les deux langues) ainsi que des objectifs propres aux unités ou aux équipes (p. ex. collecte de données linguistiques auprès des usagers, traduction des ressources sur la promotion de la santé).

4. Instaurer des activités d'amélioration de la qualité axées sur l'accès linguistique.
5. Suivre les progrès de l'organisme dans l'atteinte de ses buts et objectifs en matière d'accès linguistique.

Il existe divers modèles que les organismes peuvent utiliser pour la mise en œuvre des projets d'amélioration. Par exemple, le document intitulé *Cadres conceptuels pour l'amélioration – Trousse de départ* est un outil de référence créé par l'Institut canadien pour la sécurité des patients et fondé sur son modèle d'amélioration. De plus, l'Institute for Healthcare Improvement propose un cadre qui sert de guide dans la mise en œuvre d'activités d'amélioration de la qualité à l'aide des cycles « Planifier, Faire, Étudier, Agir ».

Conjointement à la planification et à la mise en œuvre de projets visant à améliorer l'accès linguistique, il peut être nécessaire d'examiner les partenariats établis par l'organisme, puisqu'il peut s'avérer difficile d'entamer l'ensemble des activités exigées dans les outils selon la taille et la structure de votre organisme. Par exemple, pour s'assurer que les usagers aient accès à des services d'interprétation, il peut être nécessaire d'établir des partenariats avec des organismes qui offrent des services linguistiques. Les organismes sont encouragés à établir des partenariats avec plusieurs organismes différents pour assurer l'accès à des services adaptés à la réalité linguistique.

Un certain nombre de ressources permettent aux organismes d'instaurer des activités d'amélioration de l'accès linguistique (voir ci-dessous).

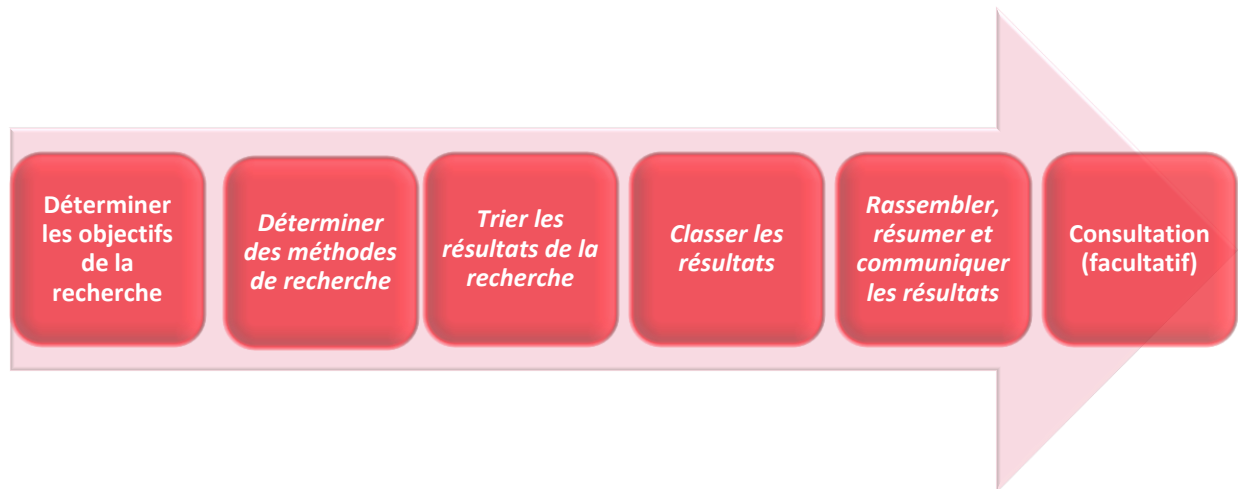
Ressources :

- Agrément Canada – *Guide sur l'évaluation de l'amélioration de la qualité et les indicateurs de qualité* (dans le portail des organismes sous l'onglet « Accès aux ressources », « Ressources en agrément », « Ressources Qmentum »).
- *A Patient-Centered Guide to Implementing Language Access Services in Healthcare Organizations* (<http://minorityhealth.hhs.gov/Assets/pdf/Checked/HC-LSIG.pdf>)
- Réseaux communautaires de santé et de services sociaux (<http://chssn.org/>)
- Hôpital Jeffery Hale-Saint Bridgid's, *Politique d'accès linguistique – Guide de planification et de mise en œuvre*

- Healthcare Interpretation Network, *Working with your Professional Interpreter Guide* (<http://hintnet.org/publications/working-with-your-professional-interpreter-guide/>)
- Ontario Hospital Association's *French Language Services Toolkit* (http://www.healthscape.ca/Pages/resources-09032015-FLSToolkit.aspx?utm_medium=email&utm_campaign=healthscape+-September+3+JC&utm_content=healthscape+-September+3+JC+CID_633538b3f47ca6d305bd97f97a7e2dfe&utm_source=CampaignMonitor&utm_term=OHAs%20French%20Language%20Services%20FLS%20Provincial%20Leadership%20Council%20Launches%20FLS%20Toolkit)
- Société Santé en français (<http://santefrancais.ca/>)
- *Straight talk : Model Hospital Policies and Procedures on Language Access* (<http://www.vdh.virginia.gov/ohpp/clasact/documents/CLASact/language/StraightTalk.pdf>)

Annexe IV : Méthode d'analyse documentaire

Une analyse documentaire a été effectuée en adoptant le cadre méthodologique d'Arksey et O'Malley, tel que Levac (2010) le décrit. Voici un aperçu de ce modèle qui comporte six étapes.



1. Déterminer les objectifs de la recherche

La première étape du modèle d'Arksey et O'Malley consiste à définir les objectifs de la recherche à effectuer, ce qui permettra d'orienter les étapes suivantes.

Dans le cadre de ce projet sur les compétences culturelles et linguistiques, l'analyse documentaire avait pour but de contribuer à l'élaboration d'outils permettant aux organismes d'évaluer et d'améliorer leurs compétences culturelles et linguistiques ainsi que d'améliorer les soins qu'ils offrent aux usagers et aux familles.

2. Déterminer des méthodes de recherche

Dans cette étape, nous avons élaboré un plan pour l'analyse documentaire qui précisait les paramètres de la recherche, à savoir les sources, la date de parution, la langue et les mots-clés.

Pour effectuer une analyse documentaire complète, nous avons réalisé une recherche systématique de documents électroniques (notamment des études évaluées par les pairs et la littérature grise) dans des bases de données, des bibliothèques électroniques et l'Internet.

À l'aide d'EBSCO, une recherche a été réalisée dans MEDLINE et CINAHL. La recherche se limitait aux documents en sciences humaines, en anglais, publiés entre 2004 et 2014. Les mots-clés utilisés dans la recherche (*culture* et *language* ainsi que *patient safety* et *patient outcomes*) mettaient en rapport la langue, la culture et les résultats chez les usagers. Nous avons aussi réalisé une recherche systématique à l'aide du protocole du processus de recherche (*Standard Operating Procedures: Research Process Protocols*) ainsi que des références portant sur ces sujets. Les mots-clés utilisés étaient les suivants : *cultural competence*, *linguistic competence*, *language access*, *culture* et *language standards*.

3. Trier les résultats de la recherche

À cette étape, un plan pour trier les résultats de la recherche a été élaboré. Nous nous sommes procuré le texte complet des études qui, d'après le résumé, semblaient cadrer avec les objectifs de la recherche. Nous n'avons retenu que les études qui faisaient état de résultats, notamment les articles sur les avancées ou d'autres résultats intermédiaires comme la satisfaction des usagers. La recherche au moyen d'EBSCO a produit 146 articles; 46 résumés d'article ont été examinés et 14 articles ont été sélectionnés pour l'extraction de données. La recherche systématique effectuée à l'aide du protocole du processus de recherche a produit 53 documents, dont 28 contenaient des données utiles.

4. Classer les résultats

Cette étape a porté sur le processus d'extraction de données et sur la façon d'examiner et d'analyser les données recueillies dans la littérature. Le contenu lié aux résultats a été rassemblé, tout comme le contenu lié aux normes ou aux interventions qui contribuerait à l'élaboration des outils.

5. Rassembler, résumer et communiquer les résultats

L'analyse documentaire a permis de repérer des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes que les organismes peuvent mettre en œuvre afin d'améliorer la communication aux points de service. L'analyse documentaire a aussi abouti à des recommandations pratiques sur la manière dont le processus d'agrément d'Agrément Canada peut favoriser l'évaluation et l'acquisition de compétences linguistiques et culturelles et l'amélioration de la qualité des soins.

6. Consultation

Cette étape permettra d'obtenir des renseignements supplémentaires auprès des parties prenantes pour compléter l'analyse documentaire. Agrément Canada consultera un groupe d'experts formé de représentants de partout au pays (chercheurs, cliniciens, représentants d'organismes subventionnés par le gouvernement). La consultation a pour objectif d'obtenir l'avis des experts concernant l'accès aux soins de santé dans la langue de choix de l'utilisateur et l'utilisation d'outils pour évaluer la conformité de l'organisme par rapport aux pratiques exemplaires.

Annexe V : Horaire de la mise à l'essai

Mise à l'essai
Le 21 mars 2016

	Visiteur : Madame Unetelle
13 h	Arrivée à l'entrée principale
13 h à 13 h 45	Revue de la documentation (suggestions) <ul style="list-style-type: none">• Plan d'accès linguistique• Rapports annuels sur l'accès aux services en français (interne et externe)• Politiques et procédures ayant trait aux services en français• Formulaires de consentement et autres documents essentiels• Données sur la population francophone
13 h 45 à 14 h 30	Groupe de discussion avec l'équipe de leadership <ul style="list-style-type: none">• Besoins de la population• Planification et conception des services• Allocation des ressources• Ressources humaines• Communication• Évaluation et amélioration de la qualité• Vérification des compétences linguistiques du personnel
14 h 30 à 15 h 30	Traceur (Service) <p>Activités liées aux traceurs :</p> <ul style="list-style-type: none">• Entrevue avec le personnel, les médecins, les résidents et les familles<ul style="list-style-type: none">○ Consentement éclairé○ Comment travailler avec des interprètes○ Processus de plaintes• Environnement physique, p. ex. signalisation
15 h 30 à 16 h	Rencontre avec des membres du conseil d'administration (s'il y a lieu)
16 h à 16 h 30	Séance-synthèse avec l'équipe de leadership

Facilitateur d'Agrément Canada :

Alyssa Bryan, Spécialiste en développement des produits du programme d'agrément