
Des soins de santé et des services sociaux sécuritaires ... **dans sa langue**

Réponse au projet de Cadre
canadien sur la qualité des
soins et la sécurité des
patients

Société Santé en français
Juin 2019

Mise en contexte

Plusieurs études menées au Canada et ailleurs dans le monde ont démontré que les barrières linguistiques ont des conséquences négatives sur l'accès aux services de santé, sur la qualité des soins, sur le respect des droits des personnes, sur la satisfaction des usagers et des intervenants, et surtout, sur les résultats des traitements¹.

La Société Santé en français (Société) a pris connaissance du projet de Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients pour les services de santé et les services sociaux (Cadre), élaboré par l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et l'Organisation des normes en santé (HSO), deux organismes partenaires de la Société et respectés pour leur expertise et leur engagement envers des services de santé de qualité et sécuritaires.

La Société désire participer à la consultation publique par ce Mémoire. Nous voulons nous assurer que les communautés francophones et acadienne en situation minoritaire (CFASM) aient un accès équitable à des soins de santé et des services sociaux de qualité et sécuritaire dans leur langue.

La Société est un chef de file national qui, de concert avec les 16 réseaux santé en français régionaux, provinciaux et territoriaux, facilite par son leadership collaboratif, un accès équitable à des programmes et services de santé en français de qualité. La Société œuvre à la concertation des partenaires qui souhaitent améliorer l'accès à des services de santé en français dans toutes les provinces et territoires où le français n'est pas la langue de la majorité de la population².

Nous savons qu'en situation de vulnérabilité, la majorité des personnes vivant en situation minoritaire préfèrent recevoir leurs soins et leurs services dans leur langue. Dans ce document, nous allons établir l'argumentaire pour l'accès aux services de santé en français pour les CFASM et ensuite présenter des commentaires et des recommandations plus spécifiques à propos du projet de Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients.

Des services de santé et services sociaux accessibles en français

Plusieurs recherches réalisées entre 2006 et 2013 ont conclu que les problèmes de compréhension de la langue étaient une barrière importante à l'amélioration des services à la population. Par exemple, une étude réalisée en 2010 s'intéressait non seulement au milieu hospitalier, mais également aux fournisseurs de services de santé primaires. L'étude a démontré que les fournisseurs de services de santé primaires étaient d'avis que les barrières langagières constituaient un risque élevé pour la sécurité des patients³. Au nombre des risques les plus cités, on note un mauvais diagnostic, l'insatisfaction de la personne à l'égard du

¹ Bowen, Sarah, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, op. cit., p. 120.

² Société Santé en français, *À propos de nous*, <http://santefrancais.ca/a-propos-de-nous/>, site consulté en janvier 2016.

³ Gaal, S., Verstappen, W. et Wensing M., *Patient safety in primary care: a survey of general practitioners in the Netherlands*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2823738/>, site consulté en janvier 2016.

traitement suggéré, un suivi moins continu de la personne atteinte d'une maladie chronique (p. ex., moins de conseils en prévention et nutrition) et des erreurs dans la prise de médicaments. Cette étude affirme aussi que les fournisseurs de soins et services demandent souvent plus de tests que nécessaires, ce qui augmente les coûts du système de santé.

Une étude réalisée en 1997 aux États-Unis par Chalabian et Dunnington⁴ a démontré que lorsqu'un patient ne comprend pas la langue du fournisseur de services, le service offert devient clinique plutôt que personnel, n'engageant pas ou très peu la participation du patient. Une autre étude abondait dans le même sens, concluant que dans 80 % des cas, les barrières de langue avaient également un impact sur les communications avec la famille du patient. Des données probantes montrent que lorsque les patients et les familles participent activement à leurs services de santé, les résultats pour le patient, l'expérience de soins et les résultats économiques peuvent être améliorés de façon importante⁵.

Les besoins en matière de services en français sont en pleine croissance. Selon une étude réalisée par Bouchard, Makvandi, Sedigh et van Kemenade et publiée en 2014, le pourcentage de la population âgée de 65 ans ou plus croît plus rapidement chez les francophones vivant en situation minoritaire que dans l'ensemble de la population. En Ontario, la proportion de francophones âgés de 65 ans ou plus est passée de 17,1 % en 2001 à 22,5 % en 2009, alors que ce taux pour la population ontarienne dans son ensemble est passé de 14,2 % en 2001 à 15,5 % en 2009⁶.

Plusieurs autres études canadiennes et internationales font état d'un recul marqué de la deuxième langue apprise (dans ce cas l'anglais) chez les personnes âgées après leur retraite. De plus, les études démontrent clairement qu'en situation de stress, les personnes âgées ont tendance à utiliser leur langue maternelle. Finalement, les personnes âgées atteintes d'une déficience cognitive comme la démence perdent graduellement leurs habiletés à communiquer dans la deuxième langue apprise⁷.

Malgré toutes les recherches qui démontrent l'importance d'offrir des services de santé en français aux personnes francophones vivant en situation minoritaire, des études réalisées au cours des dernières années au Nouveau-Brunswick et en Ontario ont révélé que les personnes âgées francophones obtiennent comparativement peu de services de santé primaires dans leur langue. Selon Dupuis-Blanchard, Simard, Gould et Villalon (2013), le manque de services et de soutiens communautaires dans leur langue fait en sorte qu'il est difficile pour les personnes

⁴ Bowen, Sarah, *Impact of Language Barriers on patient safety and quality of care*, op. cit., p. 19.

⁵ Rapport du groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé, Chapitre 5 – Partenariat avec les patients et habilitation du public, <http://canadiensensante.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/index-fra.php#ch5>, p. 57.

⁶ Bouchard, L., Makvandi, E., Sedigh, G. et van Kemenade, S., *The Health of the Francophone Population Aged 65 and over in Ontario*, http://www.rrasfo.ca/images/docs/publications/2014/Ontario_Franc_65_Report_March_28_2014_final_2.pdf, p. 6.

⁷ Bowen, Sarah, *Impact of Language Barriers on patient safety and quality of care*, juin 2015, p. 22.

âgées francophones vivant au Nouveau-Brunswick de demeurer à la maison⁸. Une étude du même ordre réalisée auprès de personnes âgées francophones dans le Nord-Est de l'Ontario a conclu que le manque de services en français dans les régions éloignées avait un impact négatif sur la santé des résidents et sur leur capacité de consulter des professionnels de la santé⁹.

Ces renseignements viennent étayer l'importance d'offrir des services de santé à domicile dans les deux langues officielles dans toutes les provinces et tous les territoires. Il est donc essentiel de mettre en place des points de service qui assureront la prestation de services de santé à domicile en français de qualité aux personnes âgées vivant en situation minoritaire. Pour ce faire, il faut accroître l'accès aux programmes postsecondaires en français requis pour former une main-d'œuvre apte à offrir ces services, en plus de créer des milieux où les services en français peuvent être offerts.

Services de santé mentale pour les Francophones

Il n'y a aucun autre domaine en santé où le diagnostic et le traitement sont aussi intimement liés à la langue et à la culture qu'en santé mentale¹⁰. C'est en santé mentale que les besoins de services d'interprétation sont les plus élevés, et ce, en raison du contenu émotionnellement chargé des consultations¹¹. Le recours à un interprète peut susciter des craintes à plusieurs égards :

- la confidentialité de l'information est extrêmement importante;
- l'interprète n'est pas nécessairement formé en ce qui a trait à l'éthique professionnelle;
- l'interprète non spécialiste en la matière risque de mal comprendre certains concepts et termes entourant la santé mentale (p. ex., schizophrénie)¹².

D'ailleurs, plusieurs études indiquent que les barrières linguistiques incitent les personnes à attendre avant de chercher à se faire traiter pour des problèmes de santé mentale. Qui plus est, les personnes qui sont aux prises avec des barrières linguistiques sous-utilisent ces services¹³.

Encore plus problématiques sont les résultats d'études qui constatent qu'au Canada comme ailleurs, les personnes se heurtant à des barrières linguistiques reçoivent des services et une qualité de traitement moindres dans les domaines de la santé mentale et du counseling¹⁴.

D'ailleurs, une étude publiée en juillet 2015 révèle qu'en Ontario, une personne francophone a trois fois moins de probabilités d'avoir un contact quotidien avec un psychiatre pendant les trois jours suivant son admission dans un service psychiatrique qu'une personne anglophone ou allophone. Selon les chercheurs, il existe d'importantes barrières linguistiques pour les Franco-Ontariens en ce qui concerne

⁸ Dupuis-Blanchard, S., Simard, M., Gould, O. et Villalon, L., *La perception des aînés francophones en situation minoritaire face aux défis et aux enjeux liés au maintien à domicile en milieu urbain néo-brunswickois*, <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/3458>, site consulté en janvier 2016.

⁹ Van Kemenade, S., Forest, M., *Literature Review, Health and Social Service Issues in National Bilingual or Multilingual Contexts*, ACUFC-CNFS, p. 17.

¹⁰ Bowen, Sarah, *Impact of Language Barriers on patient safety and quality of care*, op. cit., p. 17.

¹¹ Bowen, Sarah, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, 2001, p. 40.

¹² *Ibid.*, p. 43.

¹³ *Ibid.*, p. 75.

¹⁴ *Ibid.*, p. 102.

l'obtention de services spécifiques et hautement spécialisés en santé mentale¹⁵. Il faut également tenir compte de l'inefficacité pour le système de santé causée par le séjour prolongé en établissement d'une personne francophone en attente de soins et services.

Cette étude appuie les conclusions de l'étude de Betancourt qui, en 2006, reconnaissait que les barrières linguistiques et culturelles pouvaient contribuer à accroître la durée de séjour lors d'une hospitalisation ou à augmenter les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous auprès d'un médecin ou avoir accès à des services à l'urgence des hôpitaux¹⁶.

Selon le groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada, certains intervenants des programmes de conseils psychologiques (services aux toxicomanes, aux victimes de violence familiale, etc.) ne font aucun effort pour assurer l'accès aux services dans la langue de la personne. Ils aiguillent plutôt les gens vers des organismes d'aide généraux tels que les services d'établissement pour immigrants, qui n'ont aucune connaissance spécialisée¹⁷.

Pourtant, plusieurs études démontrent que les personnes âgées immigrantes qui ne parlent pas anglais souffrent plus souvent de détresse psychologique que les immigrants parlant anglais et sont également moins enclines à faire appel aux services de santé mentale¹⁸. Ces éléments confirment l'importance d'offrir des services de santé mentale dans la langue du patient.

Le projet de Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients pour les services de santé et les services sociaux et son impact sur la santé des communautés francophones et acadiennes vivant en situation minoritaire.

Comme il est énoncé dans le projet de Cadre, « les gens s'attendent à des soins de santé et des services sociaux sécuritaires et de grande qualité, et ils le méritent ». Le projet de Cadre « se veut audacieux et ambitieux » et vise « à permettre aux organismes et aux systèmes de santé et de services sociaux d'élaborer des voies d'action plus claires ». La Société appuie les cinq buts prioritaires et les intentions qui s'y rattachent : des soins centrés sur les personnes, sécuritaires accessibles, appropriés et intégrés.

Nous proposons de les renforcer pour s'assurer que les personnes vivant en situation minoritaire soient prises en considération dans l'ensemble du Cadre par les prestataires de services. Ceux-ci doivent prendre en considération les besoins spécifiques des communautés et des personnes en situation de vulnérabilité. Pour les CFASM, la langue est un déterminant de la santé important et ajoute des barrières à l'accès aux services.

Voici nos commentaires concernant chacun des buts prioritaires.

- 1) But 1 : Soins centrés sur les personnes : afin d'être un partenaire égal comme utilisateur, la personne francophone vivant en situation minoritaire doit être en mesure de s'exprimer et d'être comprise par les prestataires de services afin qu'ils puissent répondre à ses besoins et générer de meilleurs résultats. La langue est souvent une barrière pour être compris et pour

¹⁵ Tempier, R., Bouattane, E. M. et Hirdes, J., *Access to psychiatrists by French-speaking patients in Ontario hospitals*, <http://hmf.sagepub.com/content/28/4/167.full>, site consulté en janvier 2016.

¹⁶ Betancourt, J.R. (2006) *Improving Quality and Achieving Equity: The role of Cultural Competence in reducing Racial and ethnic Disparities in Health Care*, The Commonwealth Fund, <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2006/oct/improving-quality-and-achieving-equity-the-role-of-cultural-competence-in-reducing-racial-and-ethnic>, site consulté en janvier 2016.

¹⁷ Bowen, Sarah, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, op. cit., p. 75.

¹⁸ Bowen, Sarah, *Impact of Language Barriers on patient safety and quality of care*, op. cit., p. 17.

participer activement de façon éclairée. Comme nous l'avons indiqué précédemment, en situation de vulnérabilité, les personnes ont souvent recours à leur première langue. Comme le dit le dicton : « quand je suis malade, je ne suis pas bilingue ».

- 2) **But 2 : Soins sécuritaires** : afin de s'assurer que les soins sont dispensés de façon sécuritaire, on devrait aussi collecter les données liées aux incidents préjudiciables causés en tout ou en partie par la langue de communication entre le patient et le prestataire de services. De cette façon, le prestataire pourra prendre les mesures nécessaires pour effectuer des changements pour améliorer l'accès aux services et prévenir les effets indésirables causés par les barrières linguistiques.

La Société appuie fortement le résultat 2.3.1 en faisant en favorisant la participation des prestataires de services au processus d'agrément prenant en compte la norme HSO 11012.2018 sur *l'Accès aux services de santé et aux services sociaux dans les langues officielles*. La norme, reconnue par le Conseil canadien des normes, a été adoptée en août 2018.

- 3) **But 3 : Soins accessibles** : la Société est d'avis que la langue devrait être ajoutée au But 3 en plus de la culture. En effet, la personne ne peut pas exprimer ses besoins culturels sans avoir la langue pour le faire et on ne peut pas s'attendre à ce que les prestataires connaissent et tiennent pour acquis tous les éléments culturels de chaque personne. La langue est de plus en plus reconnue comme étant un déterminant de la santé pour les personnes vivant en situation minoritaire.

Nous recommandons que le But 3 soit modifié de la façon suivante en ajoutant la langue :
« *Toute personne, quels que soient sa langue, sa culture, sa situation économique et son emplacement géographique, a accès de façon opportune et équitable aux soins de santé et aux services sociaux.* »

Les communautés de langues officielles en situation minoritaire devraient aussi être ajoutées au résultat 3.1.1 : « *les personnes sous-desservies, incluant les communautés rurales et éloignées et les communautés de langues officielles en situation minoritaire, ont un accès équitable et opportun aux soins.* » Ceci s'applique autant aux francophones vivant en situation minoritaire qu'aux anglophones du Québec.

Une façon d'assurer un accès équitable pour les CFASM est la mise en œuvre de l'offre active de services. La Société et les réseaux santé en français ont élaboré un énoncé de position commune sur l'offre active des services de santé en français dans les CFASM¹⁹. Pour assurer des services de santé de qualité centrés sur la personne, les prestataires devraient mettre en œuvre une culture interne favorable à l'offre active. L'offre active est une offre de services régulière et permanente auprès de la population francophone vivant en situation minoritaire. L'offre active :

- respecte le principe d'équité,
- vise une qualité de services comparable à ce qui est offert en anglais, est linguistiquement et culturellement adaptée aux besoins et aux priorités des communautés francophones et acadienne, et s'inscrit dans l'approche globale des services centrés sur la personne;
- est inhérente à la qualité des services de santé fournis aux personnes et un facteur important qui contribue à leur sécurité.

¹⁹ Voir l'Énoncé de position commune : <https://savoir-sante.ca/fr/themes/offre-active/download/352/427/21?method=view>

- 4) But 4 : Soins appropriés : la prestation des services doit être basée sur des données probantes en vue d'une prise de décision éclairée. De plus, la Société appuie l'engagement du patient dans le processus de prise de décision. Nous croyons que de meilleures données répondront aux besoins des CFASM. La Société et les réseaux travaillent activement avec les provinces et territoires pour capter la langue des patients lors de l'inscription ou du renouvellement de la carte-santé. La Société recommande de demander au minimum la langue maternelle et, si ce n'est ni le français ni l'anglais, de demander la langue de préférence de l'individu.

Ceci est maintenant implanté depuis 2016 à l'Île-du-Prince-Édouard. Ces données vont permettre de connaître l'état de santé des communautés, d'identifier la demande réelle de services en français, de déterminer les points de services les plus utilisés par les francophones et de savoir quels types de services sont requis.

La Société croit que les prestataires de services devraient être en mesure d'évaluer leur capacité à offrir des services en français. Afin d'agir de façon sécuritaire, les prestataires devraient demander de façon systématique les langues des usagers ainsi que celles des employés. Il existe des outils de gestion simples et qui ont fait leurs preuves.

Par exemple, les prestataires des services de santé de l'Ontario utilisent présentement un outil permettant de mesurer la capacité d'offrir des services en français pour chacun des points de services.

Enfin si on veut une participation active des patients à la prise de décision conjointe il faut s'assurer que les CFASM et les professionnels de la santé puissent communiquer dans la même langue et se comprendre.

- 5) But 5 : Soins intégrés : la Société et les réseaux croient à l'importance que des structures soient en place afin d'assurer des transitions harmonieuses tout au long du continuum de soins. En premier lieu, les prestataires de services doivent être informés sur la disponibilité des services en français et s'assurer que les patients reçoivent des services dans leur langue tout au long du continuum.

Idéalement, les patients francophones devraient être référés à un prestataire francophone. Nous savons que ce n'est pas toujours possible. Cependant, il y a des modèles de services qui ont fait leurs preuves.

Par exemple, le concept de « navigateur de services » peut appuyer les Francophones tout au long du continuum de services et s'assurer que les patients peuvent se faire comprendre et en retour ont compris leur plan de soins ou de traitements.

Nos recommandations pour un Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients pour les services de santé et les services sociaux qui répondent aux besoins des CFASM :

- 1) Que la langue soit ajoutée au résultat 1.1.1 en plus des origines et des circonstances et que l'énoncé se lise comme suit : « *Les patients, quelles que soient leur langue, leurs origines et les circonstances, font état d'expériences positives* ».
- 2) Que l'analyse des incidents préjudiciables, soulevé au But 2, inclue la collecte des données liées à la langue de communication entre le patient et le prestataire de services afin d'assurer la sécurité des patients des CFASM. Qu'un nouveau résultat soit ajouté : « 2.2.5. Les incidents liés à la langue de communication font l'objet d'une analyse dans le but d'améliorer et d'adapter la prestation des services ».

- 3) Que la langue soit ajoutée au But 3 - soins accessibles: « *Toute personne, quels que soient sa langue, sa culture, sa situation économique et son emplacement géographique, a accès de façon opportune et équitable aux soins de santé et aux services sociaux* ».
- 4) Que les communautés de langues officielles en situation minoritaire soient ajoutées au résultat 3.1.1 de la façon suivante : « *les personnes sous-desservies, incluant les communautés rurales et éloignées et les communautés de langues officielles en situation minoritaire, ont un accès équitable et opportun aux soins* ».

Conclusion

La Société Santé en français réitère son engagement à appuyer et collaborer avec l'ICSP et HSO à la mise en œuvre du Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients pour les services de santé et les services sociaux. Cependant, nous croyons que les éléments linguistiques qui définissent aussi notre pays par ses deux langues officielles doivent être pris en considération et être intégrés dans le Cadre.

La Société s'est donné une programmation « Parcours santé 18-23 »²⁰ qui cadre bien avec le travail effectué par nos partenaires. La Société et les réseaux veulent travailler à renforcer les capacités des communautés et des systèmes de santé par la mobilisation des partenaires et des connaissances et par la mise en œuvre de programmes, de services et de projets. Nous avons 5 grands chantiers pour améliorer l'accès aux services qui s'alignent bien avec les buts proposés du Cadre:

1. La variable linguistique est captée systématiquement dans les provinces et territoires, permettant d'accéder aux données probantes pour favoriser la planification et la prise de décision éclairée;
2. Des ressources humaines mobilisées, outillées et valorisées offrant des services de santé en français;
3. Les établissements, les programmes et les politiques de santé démontrent qu'il y a la capacité d'offrir des services de santé de qualité et sécuritaires en français, conformément à des normes d'accessibilité linguistique;
4. Des services et des programmes de santé en français accessibles, adaptés et offerts activement au Canada; et
5. Des communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire engagées et outillées à agir sur leur santé et leur mieux-être en français.

L'accessibilité linguistique et culturelle doit être reconnue comme un élément de mesure de qualité, de sécurité et d'efficience des services de santé, en particulier pour la santé des communautés de langues officielles en situation minoritaire.

Pour information ou renseignements supplémentaires, n'hésitez pas à contacter le directeur général, M. Michel Tremblay, m.tremblay@santefrancais.ca ou 613-244-1889 p. 230

²⁰ <https://www.santefrancais.ca/parcours-sante/>