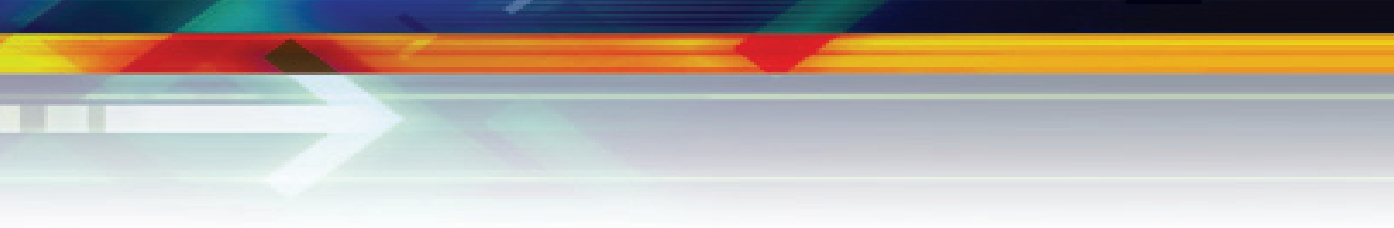


RAPPORT DE RECHERCHE DE L'IRÉC



La bilinguisation des services de santé et des services sociaux du Québec

Mathilde Lefebvre

NOVEMBRE 2014

Notice biographique. Chargée de projet pour l'IRÉC, Mathilde Lefebvre termine un baccalauréat intégré en économie et politique à l'Université Laval.

Ce rapport de recherche a été réalisé pour le compte de la Société St-Jean-Baptiste de Montréal.

© Institut de recherche en économie contemporaine
978-2-923203-40-9

Dépôt légal — Bibliothèque nationale du Québec, 2014

Dépôt légal — Bibliothèque nationale du Canada, 2014

IRÉC, 1030, rue Beaubien Est, bureau 103, Montréal, Québec H2S 1T4

Faits saillants

Il existe une confusion dans les définitions de la population anglophone qui brouille la compréhension de ce que sont les droits de la minorité historique anglaise du Québec et ceux des locuteurs qui ont l'anglais comme langue d'usage. Ce malentendu va marquer considérablement l'offre de services publics, en particulier les services de santé et les services sociaux à partir de la réforme de la Loi sur les services de santé et les services sociaux que lance le gouvernement de Robert Bourassa. La Loi comporte un ajout majeur, l'article 15, lequel prévoit que « toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir dans sa langue des services de santé et des services sociaux¹ », pourvu que l'organisation et les ressources des établissements qui offrent ces services le permettent.

Plutôt que de demander aux personnes d'expression anglaise, dans une logique tout utilitariste, de s'adapter au système en apprenant la langue de la majorité, le législateur, en 1986, a plutôt demandé au système de s'adapter à la minorité. Ainsi, les mesures entourant l'article 15 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux tendent à une bilinguisation des institutions de santé du Québec.

Patrimoine canadien verse des montants considérables

Entre 2008 et 2013, Patrimoine canadien a versé à 15 ministères fédéraux un financement totalisant 1,1 G\$ dans le cadre de la Feuille de route pour la dualité linguistique canadienne. De cette somme, Santé Canada a touché 180,5 M\$ à redistribuer à travers le Canada parmi diverses instances, dans le but d'améliorer l'accès aux services de santé en anglais ou en français selon la minorité linguistique du territoire touché.

À lui seul, le Québec a reçu près de 25 % du financement accordé à Santé Canada, soit 45 M\$. Ce budget a été partagé entre l'Université McGill et le Réseau communautaire pour la santé et les services sociaux (RCSSS). L'Université McGill a reçu 23 M\$ pour élaborer un projet de formation et de maintien en postes des professionnels de la santé, tandis que le RCSSS a eu droit à 22 M\$ pour mettre en place des programmes d'adaptation des services de santé et des services sociaux afin qu'ils soient encore plus accessibles en anglais. À cette fin, le RCSSS a lui-même versé 7,5 M\$ aux agences de santé, 9,5 M\$ à des organismes communautaires anglophones partenaires et 2 M\$ à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour la production d'études. Entre 2008 et 2013, le MSSS a versé 4 876 797 \$ aux 15 agences de santé du Québec pour leurs services en anglais. Sur le financement total reçu par les agences, ce montant correspond à 31,18 %.

Un impact majeur sur le français au Québec

Le Quebec Community Group Network (QCGN), organisme fondé avec l'aide de Patrimoine canadien au début des années 2000, accompagne Santé Canada dans la planification globale de ce financement.

1. « Toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès visé à l'article 348. », *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, ar. 15.

Ainsi, 24 % des effectifs financés en médecine étudiaient à l'Université McGill, une proportion équivalant à la population desservie par le réseau universitaire intégré en santé (RUIS) de cette université (23 %).

Depuis 1971, le nombre de Québécois dont l'anglais est la langue maternelle est pratiquement en constante diminution, tandis que ceux dont l'anglais est la première langue officielle parlée augmentent sans cesse depuis 1981.

Aujourd'hui, des 277 établissements du réseau de la santé québécois, plus de la moitié (149) offrent des services en anglais. De ce nombre, 38 sont désignés et offrent donc l'entièreté de leurs services en anglais.

Le secteur de la santé compte 54 310 emplois pour lesquels l'anglais est utilisé au moins la moitié du temps.

Plus de 35 % de tout le personnel soignant du Québec parle régulièrement ou le plus souvent en anglais au travail.

Entre 2001 et 2006, la portion du personnel soignant utilisant l'anglais le plus souvent ou de façon régulière au travail a augmenté, en moyenne, de 13,5 %.

Depuis sa création en 2004, le Projet de formation et de maintien en poste des professionnels de la santé de l'Université McGill a formé 6 224 professionnels québécois.

En fait, le circuit de financement fédéral sert une logique de concurrence des langues en totale contradiction avec les objectifs de la loi 101.

Table des matières

Introduction	1
CHAPITRE 1	
La population d'expression anglaise : définition	
1.1 Première langue officielle parlée	3
1.2 Portrait de la population québécoise d'expression anglaise.	5
CHAPITRE 2	
Le droit de recevoir ses services de santé et ses services sociaux en anglais	
2.1 Dispositions légales et administratives garantissant le droit d'être servi en anglais	11
2.1.1 Les programmes d'accès et le Cadre de référence	13
2.1.2 Le rôle des établissements	14
2.1.2.1 L'identification de la population d'expression anglais	16
2.1.2.2 Les coûts	16
2.1.2.3 Des fusions qui accélèrent le processus de bilinguisation	16
2.2 Les réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS)	17
2.3 Le rôle des réseaux communautaires anglophones	18
2.3.1 Le Projet de formation et de maintien en poste des professionnels de la santé de l'Université McGill	19
CHAPITRE 3	
Le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux en anglais	
3.1 Dépenses des agences de la santé et des services sociaux (ASSS) dans les services en langue anglaise	21
3.2 La part du gouvernement fédéral.	22
3.3 La part du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)	25
3.4 Répartition du financement	26
3.5 Quelle efficacité?	27
CHAPITRE 4	
Un droit supplémentaire pour la minorité - quelles conséquences?	
4.1 Quels impacts sur l'offre de services?	29
4.1.1 Une offre de services disproportionnée?	30
4.1.2 Quels efforts pour les francophones du Canada?.	31

4.2 Quels impacts sur le droit de travailler en français?	31
4.3 Quels impacts sur l'intégration des immigrants?	33
Conclusion	35
Bibliographie	37
Annexes	
Annexe 1. Liste des établissements désignés et indiqués	41
Annexe 2 : Carte des régions sociosanitaires du Québec	47

Liste des cartes

Carte 1 : Portrait du financement accordé aux agences de santé pour les services en langue anglaise, 2008-2013	27
Carte 2 : Carte des régions sociosanitaires du Québec	47

Liste des graphiques

Graphique 1 : Répartition de la population d'expression anglaise totale en fonction la région sociosanitaire, 2006	6
Graphique 2 : Population d'expression anglaise en fonction de différentes variables et selon la région sociosanitaire	7
Graphique 3 : Composition de la population selon la région sociosanitaire.	8
Graphique 4 : Évolution de la population d'expression anglaise du Québec, 1971 à 2006 . . .	9
Graphique 5 : Variables de tri pour l'administration publique, Québec, limite supérieure. . .	30

Liste des tableaux

Tableau 1 : Réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS), populations et territoires couverts, 2012	18
Tableau 2 : Dépenses associées à l'accessibilité des services en langue anglaise par agence de santé (en dollars), 2008-2013	22

Tableau 3 : Financement des agences de santé pour les services en langue anglaise, 2008-2013 .	
.....	26

Schéma

Schéma 1 : Circuit du financement des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, 2008-2013	25
--	----

Introduction

La Charte de la langue française du Québec ou Loi 101 a essentiellement été créée pour garantir aux Québécois le droit de vivre unis sous une même langue : une langue commune au travail, à l'école, dans l'administration publique, dans les institutions étatiques. De la sorte, les législateurs espéraient permettre une plus grande cohésion sociale en adoptant une langue officielle, celle de la majorité de la population : le français.

Adoptée en 1977, la Charte entraine en contradiction avec la Loi sur les langues officielles du Canada, pierre angulaire du programme politique de Pierre-Élliott Trudeau, sanctionnée en 1969. Cette dernière loi décrète l'anglais et le français comme les deux langues officielles de l'ensemble du Canada. À cet effet, il est entendu que les communications dans les institutions fédérales doivent être faites ou à tout le moins être disponibles dans les deux langues officielles. Ainsi, tout ce qui relève de la fonction publique fédérale, de la justice ou du parlement canadien doit être disponible dans les deux langues. C'est en partie pour se protéger de ces mesures fédérales que la Loi 101 fut rédigée.

Dès 1983, à sa propre initiative, l'Assemblée nationale apporte des modifications à la Loi 101 afin de permettre aux organismes dits bilingues « d'appliquer en leur sein une politique accrue de bilinguisme institutionnel¹. » Aucune disposition, ni dans la Constitution canadienne ni dans la Loi sur les langues officielles, n'obligeait le gouvernement québécois à agir de la sorte.

Ainsi, le droit consenti par le gouvernement Bourassa en 1986 aux « personnes d'expression anglaise » (nous reviendrons sur ce concept plus tard) de recevoir leurs services de santé et leurs services sociaux en langue anglaise constitue une mesure qui contrevient fondamentalement à l'esprit de la Charte. Ce droit, inscrit dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, représente plutôt les valeurs transmises dans la Loi sur les langues officielles du Canada².

Dans le présent rapport, nous verrons comment le gouvernement québécois, en institutionnalisant le droit des personnes d'expression anglaise de recevoir leurs services de santé et leurs services sociaux en anglais, a laissé se développer tout un dispositif et des pratiques minant la Loi 101. Nous verrons comment, en laissant à l'usager le choix de la langue dans laquelle il reçoit ses services, l'État ne sert pas l'intégration en français des nouveaux arrivants. L'architecture institutionnelle, en tâchant à la fois de protéger la langue française et de déployer en parallèle d'importantes mesures d'accommodement des personnes ne s'exprimant pas bien en français de l'autre, a plongé le système dans une situation qui crée et encourage la concurrence des modèles d'intégration; en ce sens, la politique linguistique menée par le Québec génère de l'ambiguïté. Nous observerons ici les effets de cette distorsion sur l'offre québécoise des services de santé et des services sociaux, sur le droit de travailler en français ainsi que sur l'intégration de la population issue de l'immigration.

1. POIRIER, Éric (2014). *La Charte de la langue française et l'abandon des moyens pour atteindre son objectif*, Institut de recherche sur le Québec, p.6.

2. « La présente loi a pour objet : a) d'assurer le respect du français et de l'anglais à titre de langues officielles du Canada, leur égalité de statut et l'égalité de droits et privilèges quant à leur usage dans les institutions fédérales, notamment en ce qui touche les débats et travaux du Parlement, les actes législatifs et autres, l'administration de la justice, les communications avec le public et la prestation des services, ainsi que la mise en œuvre des objectifs de ces institutions; b) d'appuyer le développement des minorités francophones et anglophones et d'une façon générale, de favoriser, au sein de la société canadienne, la progression vers l'égalité de statut et d'usage du français et de l'anglais; c) de préciser les pouvoirs et les obligations des institutions fédérales en matière de langues officielles », *Loi sur les langues officielles du Canada*, article 2.

Pour ce faire, nous avons d'abord examiné les lois et les programmes gouvernementaux pertinents à la question :

- La Charte québécoise de la langue française;
- La Loi sur les langues officielles du Canada;
- La Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- Les programmes régionaux d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise;
- La Feuille de route pour la dualité linguistique du Canada 2008-2013.

En faisant l'étude de ces lois et des programmes et en analysant les données rendues disponibles par Statistique Canada quant à la langue de la population, tout en nous référant à la littérature déjà existante sur la question linguistique au Québec, plusieurs constats s'imposent quant à la logique qui se dégage de l'encadrement juridique de l'offre de services. En effet, l'encadrement juridique de l'offre de service entraîne des effets sur l'architecture institutionnelle. C'est à ceux-ci que s'intéresse ce rapport.

Nous nous sommes intéressés plus précisément au fonctionnement du financement des programmes facilitant l'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais au Québec. Il ressort de nos observations et de nos entretiens avec les agences de santé ainsi qu'avec plusieurs établissements de santé que ce financement provenait en majeure partie de Patrimoine canadien qui, par le biais de Santé Canada, subventionne le Réseau communautaire de la santé et des services sociaux (RCSSS) et l'Université McGill pour soutenir la vitalité de la minorité linguistique anglaise du Québec. Le circuit de financement fédéral sert une logique de concurrence des langues en totale contradiction avec les objectifs de la loi 101.

La population d'expression anglaise : définition

Comme le rappelle le politologue Pierre Serré : « les définitions de ce qu'est la communauté anglo-québécoise varient de l'extensif au restrictif, du maximum au minimum³ » et ce, en fonction du dessein politique du propos⁴. Ainsi, on choisira d'identifier les anglophones du Québec de diverses façons. Pour définir un plus grand bassin d'anglophones, on pourra décider d'employer la « communauté de locuteurs anglophones », soit « l'ensemble des personnes capables de comprendre et de converser en anglais », ou 45 % de la population québécoise⁵. À l'inverse, si on cherche à minimiser la population anglophone du Québec, on optera pour la « minorité historique nationale », qui « renvoie au noyau originel de la communauté anglophone, soit la communauté d'origine ethnique britannique venue s'installer au Canada français après la Conquête⁶ ». Bien que devenue particulièrement difficile à cerner aujourd'hui, cette communauté peut être estimée à 3,5 % du total de la population en définissant la proportion de Québécois ayant l'anglais comme langue maternelle et dont les parents sont nés au Canada⁷.

1.1 Première langue officielle parlée

Depuis son introduction dans le recensement canadien de 1986⁸, la variable « première langue officielle parlée (PLOP) » est couramment utilisée pour déterminer la communauté linguistique à laquelle un individu appartient. On détermine alors la langue d'usage en tenant compte essentiellement de trois variables : la langue connue, la langue maternelle et la langue la plus souvent utilisée à la maison. La méthode de dérivation des variables utilisée pour obtenir la PLOP est décrite par Statistique Canada ainsi :

[1] Les personnes qui peuvent soutenir une conversation en français seulement ont le français comme première langue officielle parlée. Les personnes qui peuvent soutenir une conversation en anglais seulement ont l'anglais comme première langue officielle parlée. [2] Les réponses aux questions sur la langue maternelle et sur la langue parlée le plus souvent à la maison sont ensuite utilisées pour établir la première langue officielle parlée des personnes qui peuvent parler le français et l'anglais ou qui ne parlent ni l'une ni l'autre des langues officielles. On inclut dans la catégorie « Français » les personnes qui ont le français seulement ou le français et au moins une langue non officielle comme langue maternelle. Les personnes qui ont l'anglais seulement ou l'anglais et au moins une langue non officielle comme langue maternelle sont incluses dans la catégorie « Anglais ». [3] Pour les cas non encore classés, on inclut dans la catégorie Français les

3. SERRÉ, Pierre, « Quelle communauté anglo-québécoise? », *L'Action nationale*, numéro mars-avril 2013, p.143.

4. *Ibid*, pp. 143-148.

5. *Ibid*, p. 143.

6. *Ibid*, p. 148.

7. *Ibid*, p. 154.

8. <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/ref/dict/pop034-fra.cfm>

personnes ayant le français seulement ou le français et au moins une langue non officielle comme langue parlée le plus souvent à la maison. On procède de la même manière pour la catégorie «Anglais ». [4] La population se trouve ainsi classée dans deux catégories principales : « Français » ou « Anglais ». Il faut ajouter deux catégories résiduelles pour les personnes qui n'ont pu être classées à l'aide des renseignements fournis : le français et l'anglais et ni le français ni l'anglais⁹.

Cette méthode fait en sorte que toute personne qui n'est pas de langue maternelle anglaise tout en ayant une meilleure connaissance de l'anglais que du français est considérée comme « d'expression anglaise ».

En utilisant cette variable, la population d'expression anglaise correspond à l'ensemble des répondants ayant l'anglais comme PLOP. Au Québec, cet ensemble représentait 935 635 personnes en 2011, soit près de 12 % de la population totale¹⁰.

Au Québec, en 2011, 935 635 personnes (13,5 %) avaient l'anglais comme PLOP, 606 080 (7,67 %) l'avaient comme langue maternelle et 363 860 personnes (4,91 %) ne connaissaient que l'anglais comme langue officielle¹.

1. <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/ref/dict/pop034-fra.cfm>

Pour élaborer leurs programmes d'accès aux services en anglais¹¹, les agences de la santé et des services sociaux (ASSS) ont notamment pour responsabilité de dresser le portrait de la population d'expression anglaise du territoire qu'elles desservent. Aucune variable ne leur est prescrite pour ce faire, mais le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans son Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accessibilité des services de santé et des services sociaux de langue anglaise (ci-après le « Cadre de référence »), indique qu'il est « nécessaire de démontrer que le choix des variables utilisées cible le plus grand nombre possible de personnes d'expression anglaise touchées par les services et susceptibles de recourir aux services de l'établissement¹² ». La variable PLOP est ainsi la variable la plus souvent choisie, car, comme elle tend à montrer un plus grand bassin d'anglophones que la variable « langue maternelle » qui est l'autre variable la plus souvent utilisée.

Notons toutefois que le concept de « personne d'expression anglaise » est une construction administrative qui ne représente en fait aucune tranche véritablement distincte de la population. Le gouvernement se sert de ce concept pour identifier dans ses programmes les personnes ayant droit aux services en langue anglaise quoique dans les faits, c'est l'utilisateur qui décide de la langue dans laquelle il reçoit ses services; la PLOP ne désigne donc pas la population anglophone à proprement parler.

Puisque les programmes d'accessibilité des agences de santé ont, pour la plupart, été mis à jour pour la dernière fois en 2011 et que le volet « Langues » du recensement canadien n'a été diffusé qu'en octobre 2012, la population d'expression anglaise est définie dans ces programmes à partir

9. <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/ref/dict/pop034-fra.cfm>

10. *Ibid.*

11. Voir la section suivante pour plus d'informations à ce sujet.

12. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise*, p. 19.

des données du recensement de 2006. De plus, étant donné l'organisation des efforts déployés pour l'accessibilité des services en anglais, la population d'expression anglaise identifiée dans les programmes d'accès devrait, logiquement, être déterminée à partir de la population desservie par les établissements locaux et non en fonction du territoire de l'agence comme c'est le cas actuellement. Cependant, la structure des données accessibles (soit celles recensées par Statistique Canada) rend très difficile, voire impossible une telle analyse.

1.2 Portrait de la population québécoise d'expression anglaise

Afin de respecter l'esprit du Cadre de référence, il a été établi que la présente étude définit la population d'expression anglaise comme l'ensemble des personnes ayant l'anglais comme PLOP en 2006.

En 2006, la proportion de la population québécoise ayant l'anglais comme PLOP était de 13,4 %. Ceux dont l'anglais était la langue maternelle représentaient 8,8 % et comme seule langue officielle connue, 4,5 %.

En 2006, 13,4 % de la population québécoise a l'anglais comme première langue officielle parlée¹³. Comme le montre le graphique 1 à la page suivante, cette population est principalement localisée dans quatre régions sociosanitaires, soit en ordre décroissant : Montréal, la Montérégie, Laval et l'Outaouais. Dans les autres régions sociosanitaires, la proportion de la population qui est d'expression anglaise est somme toute très faible : d'un minimum de 0,14 % dans le Bas-Saint-Laurent à un maximum de 3,4 % dans les Laurentides. On remarque par ailleurs que lorsqu'on utilise une autre variable que la PLOP pour identifier la population d'expression anglaise, on obtient le plus souvent des pourcentages encore plus faibles (voir le graphique 2 à la page 7).

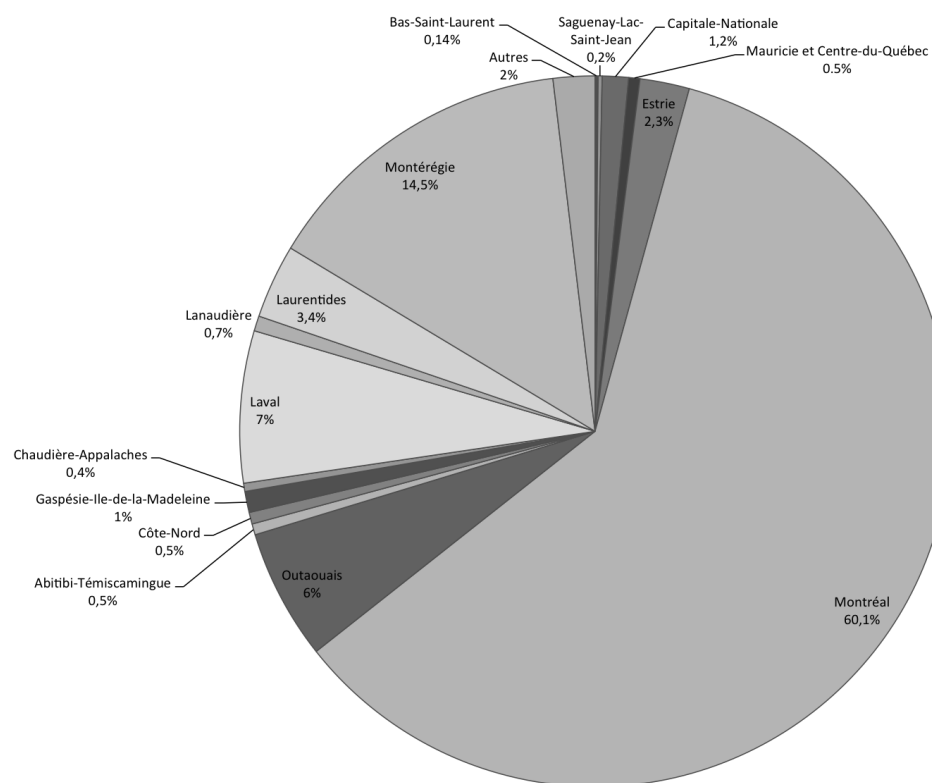
Les régions sociosanitaires et les agences de santé

On compte 15 agences de la santé et des services sociaux ainsi que trois organisations régionales situées dans les régions septentrionales : le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ainsi que le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James. Chaque agence ou organisation est en quelque sorte le centre administratif de sa région sociosanitaire, laquelle ne correspond pas exactement, dans son territoire, à la région administrative associée (voir la carte des régions sociosanitaires en annexe 2). Aux fins de cette étude, seules les 15 agences de santé et les régions sociosanitaires correspondantes sont considérées.

13. <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/rt-td/rt-td-fra.cfm>

GRAPHIQUE 1

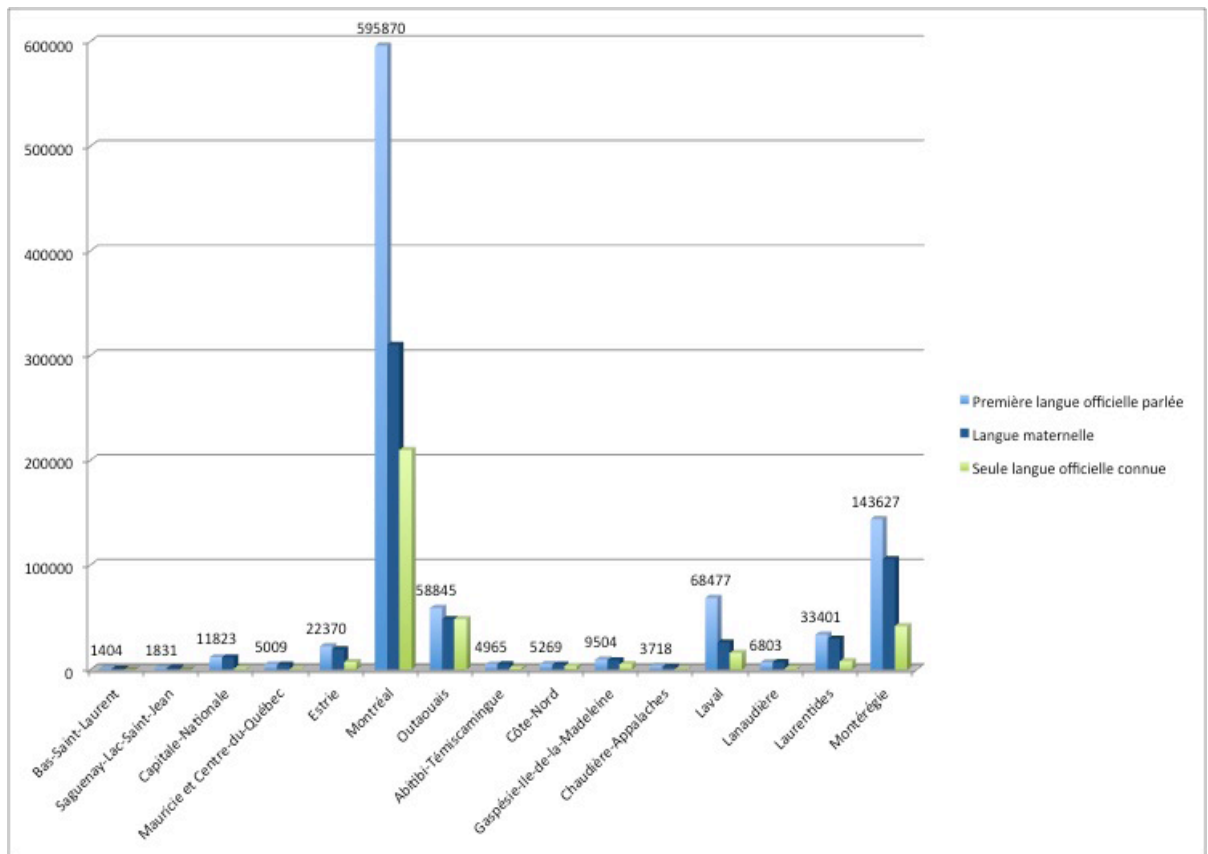
Répartition de la population d'expression anglaise totale en fonction la région sociosanitaire, 2006



Sources : STATISTIQUE CANADA, *Recensement 2006*.

GRAPHIQUE 2

Population d'expression anglaise en fonction de différentes variables et selon la région sociosanitaire*

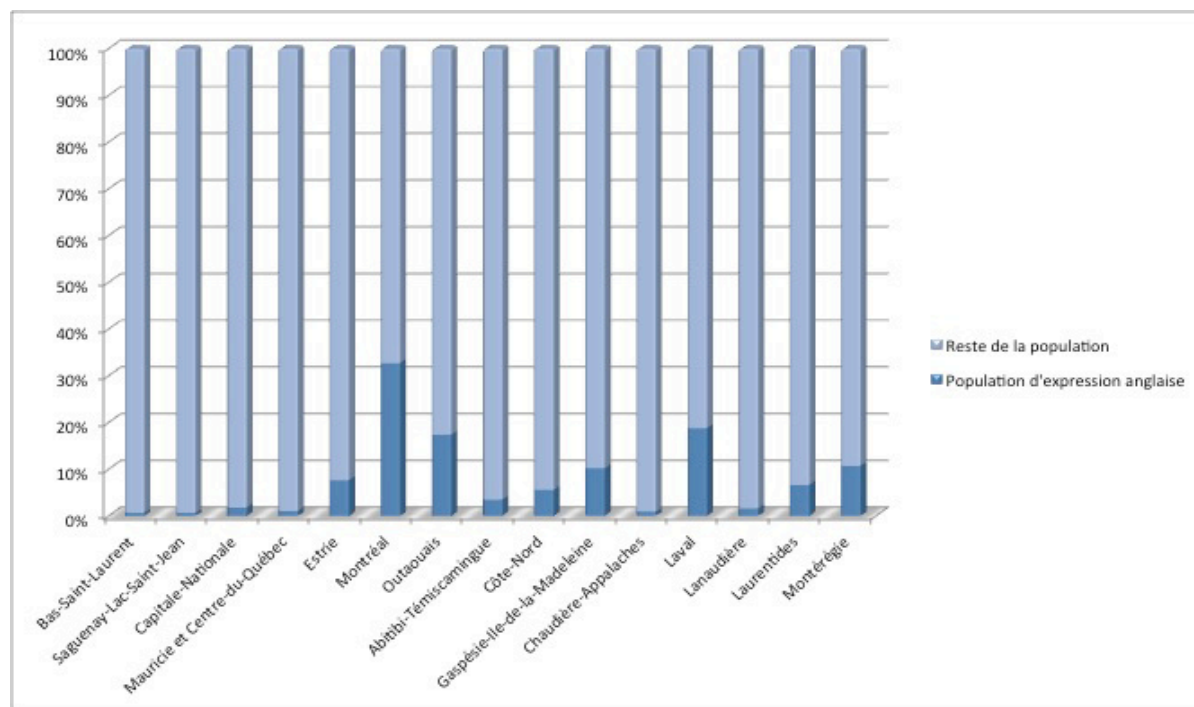


Sources : STATISTIQUE CANADA, *Recensement 2006. Programmes régionaux d'accès aux services en langue anglaise.*

*Les données recensées dans ce tableau peuvent ne pas être tout à fait exactes : le territoire des régions de recensement de Statistiques Canada n'est pas le même que celui des régions sociosanitaires.

GRAPHIQUE 3

Composition de la population selon la région sociosanitaire*



Sources : STATISTIQUE CANADA, *Recensement 2006. Programmes régionaux d'accès aux services en langue anglaise.*

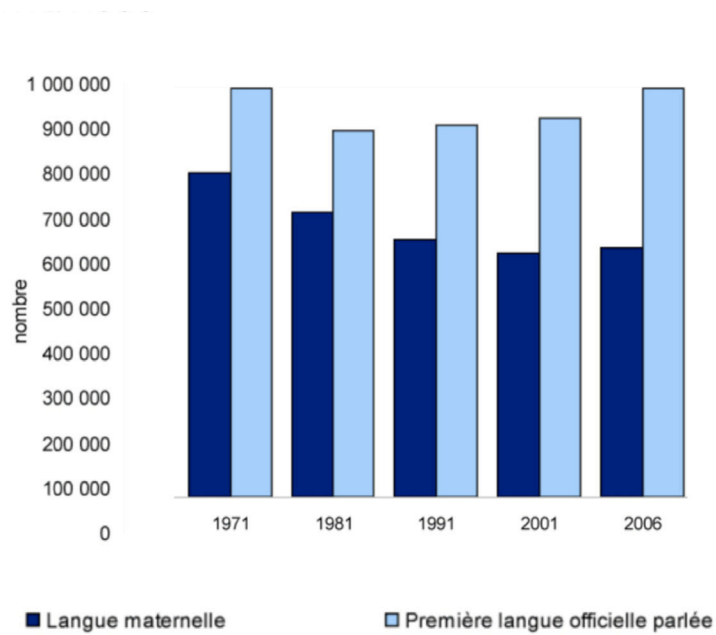
*Les données recensées dans ce tableau peuvent ne pas être exactes : le territoire des régions de recensement de Statistiques Canada n'est pas le même que celui des régions sociosanitaires.

Le graphique 3 montre la composition de la population de chaque région sociosanitaire. On remarque ainsi, une fois de plus, qu'à l'exception des régions de Montréal, de la Montérégie, de Laval et de l'Outaouais, la portion de la population qui est d'expression anglaise est souvent minime : pour six des quinze territoires, les personnes d'expression anglaise représentent moins de 2 % de la population. Seules cinq agences desservent des territoires où une proportion de plus de 10 % de la population a l'anglais comme première langue officielle parlée.

Il est par ailleurs intéressant d'examiner sommairement l'évolution de la population d'expression anglaise au Québec au fil du temps. Les données de Statistique Canada, telles qu'illustrées dans le graphique 4 à la page suivante, nous permettent d'observer que, depuis 1971, le nombre de Québécois dont l'anglais est la langue maternelle est en constante diminution jusqu'en 2006, tandis que ceux dont l'anglais est la première langue officielle parlée augmentent sans cesse depuis 1981. Ceci nous indique que la population d'expression anglaise du Québec ne croît pas en fonction de la croissance naturelle de la population anglophone historique, mais plus vraisemblablement grâce à la population issue de l'immigration. Ceci nous indique aussi qu'une part importante de cette dernière n'a pas la langue officielle du Québec comme première langue officielle parlée, mais bien l'anglais.

GRAPHIQUE 4

Évolution de la population d'expression anglaise du Québec, 1971 à 2006



Source : STATISTIQUE CANADA, *Recensements de 1971 à 2006*.

Le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux en anglais

En décembre 1986, le gouvernement de Robert Bourassa entamait une réforme de la Loi sur les services de santé et les services sociaux en préparant l'ajout, notamment, de l'article 15, lequel prévoit que « toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir dans sa langue des services de santé et des services sociaux¹⁴ », pourvu que l'organisation et les ressources des établissements qui assurent ces services le permettent. De cette façon, alors qu'aucune disposition constitutionnelle ne l'exigeait, le gouvernement québécois garantissait désormais à toute personne qui, « dans ses relations avec un établissement qui offre des services de santé ou des services sociaux, se sent plus à l'aise d'exprimer ses besoins en langue anglaise et de recevoir les services dans cette langue¹⁵ » le droit d'être servi en anglais ou d'être adéquatement et rapidement référé dans un établissement où ce droit lui sera garanti. Cet article 15 ne respecte pas l'esprit de la Charte québécoise de la langue française, laquelle visait expressément à faire du français la seule langue des institutions publiques. Plus encore, en garantissant aux personnes qui choisissent de s'exprimer en anglais le droit de recevoir leurs services en anglais, on place carrément la minorité anglophone du Québec sur un pied d'égalité avec la majorité francophone.

À n'en pas douter, l'article 15 en question répond bien plus aux valeurs de la Loi sur les langues officielles du Canada qu'à celles de la Loi 101. Il ne contrevient cependant pas pour autant à la Charte de la langue française du Québec. En effet, rien dans cette charte n'interdit à certains établissements d'offrir des services dans une autre langue que le français, pourvu que les services soient aussi offerts en cette langue.

2.1 Dispositions légales et administratives garantissant le droit d'être servi en anglais

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, telle qu'amendée en 1991, établit tout un système, avec ses articles 15, 348, 508, 619.29 et 619.44, pour permettre aux « personnes d'expression anglaise » de recevoir des services en anglais.

Ainsi, l'article 15 prévoit que :

Toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humai-

14. « Toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès visé à l'article 348. », *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, ar. 15.

15. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise*, p. 17.

nes, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès visé à l'article 348¹⁶.

L'article 348 en question explique comment les ASSS doivent

élaborer, en collaboration avec les établissements, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise [ci-après « programme d'accès »] de sa région dans les centres exploités par les établissements de sa région qu'elle indique ou, le cas échéant, conjointement avec d'autres agences, élaborer un tel programme dans les centres exploités par les établissements d'une autre région¹⁷.

En outre, certaines dispositions de la Charte de la langue française permettent de répondre aux exigences prescrites par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ainsi, depuis 1993, l'article 29.1 de la Charte prévoit la possibilité pour l'Office québécois de la langue française (OQLF) de « reconnaître » certains établissements de santé offrant leurs services « à des personnes en majorité d'une langue autre que le français¹⁸ ». Parmi ces établissements « reconnus », le gouvernement désigne ceux qui sont tenus d'offrir leurs services en anglais¹⁹. Notons que d'après le service des renseignements de l'OQLF, aucun processus de révision du statut des établissements n'est prévu après la reconnaissance de ceux-ci. Au demeurant, l'article 29.1 de la Loi 101 ne vise pas à permettre aux établissements d'offrir des services en anglais, mais bien à les obliger à le faire.

Il importe de mentionner que l'article 27 de la Charte laisse énormément de place à l'éventuelle utilisation de l'anglais dans les établissements :

Dans les services de santé et les services sociaux, les pièces versées aux dossiers cliniques sont rédigées en français ou en anglais à la convenance du rédacteur. Toutefois, il est loisible à chaque service de santé ou service social d'imposer que ces pièces soient rédigées uniquement en français. Les résumés des dossiers cliniques doivent être fournis en français à la demande de toute personne autorisée à les obtenir²⁰.

Pour répondre à l'exigence de fournir en français les résumés des dossiers cliniques, l'article 30.1 de la Charte prévoit que :

Les membres des ordres professionnels doivent fournir en français et sans frais de traduction, à toute personne qui fait appel à leurs services et qui leur en fait la demande, tout

16. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

17. *Ibid.*

18. « Les commissions scolaires anglophones et la Commission scolaire du Littoral sont des organismes scolaires reconnus. L'Office doit reconnaître, à sa demande : 1° une municipalité, lorsque plus de la moitié des résidents de son territoire sont de langue maternelle anglaise; 2° un organisme relevant de l'autorité d'une ou de plusieurs municipalités et participant à l'administration de leur territoire, lorsque chacune de ces municipalités est déjà reconnue; 3° un établissement de services de santé et de services sociaux visé à l'Annexe, lorsqu'il fournit ses services à des personnes en majorité d'une langue autre que le français. Le gouvernement peut, sur demande de l'organisme ou de l'établissement qui ne satisfait plus à la condition qui lui a permis d'obtenir la reconnaissance de l'Office, retirer celle-ci s'il le juge approprié compte tenu des circonstances et après avoir consulté l'Office. Cette demande est faite auprès de l'Office qui la transmet au gouvernement avec copie du dossier. Ce dernier informe l'Office et l'organisme ou l'établissement de sa décision. », *Charte de la langue française*, article 29.1.

19. « Le gouvernement désigne parmi les établissements reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française (chapitre C-11) ceux qui sont tenus de rendre accessibles aux personnes d'expression anglaise, les services de santé et les services sociaux en langue anglaise. » *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, article 508.

20. *Charte de la langue française*.

avis, opinion, rapport, expertise ou autre document qu'ils rédigent et qui la concerne. Cette demande peut être faite à tout moment²¹.

Le Collège des médecins du Québec précise qu'ainsi, « un médecin peut rédiger ses dossiers en anglais s'il n'y a aucun règlement de l'établissement qui mentionne le contraire²² ».

2.1.1 Les programmes d'accès et le Cadre de référence

Chaque ASSS est légalement tenue d'élaborer un programme d'accès dont l'orientation centrale est de « 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 du milieu de vie de ces personnes²³ ». Si l'établissement auquel se présente une personne d'expression anglaise ne peut fournir le service requis en anglais, il est de la responsabilité de l'institution de renseigner le patient sur l'accessibilité de ce service ailleurs, soit « dans [sa] région, ou, le cas échéant, dans une autre région²⁴ », car « il n'incombe pas à l'usager d'expression anglaise de naviguer dans le système, mais bien 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 adéquat²⁵ ».

Chaque programme d'accès doit être approuvé par le gouvernement. Pour l'aider dans sa décision, il reçoit l'avis du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise. Le Conseil des ministres reçoit du ministre de la Santé un mémoire sur les programmes d'accès de chaque région avec ses recommandations dans les six mois qui suivent la réception de tous les programmes².

2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise*, pp. 23-24

Pour les guider dans ce travail, les agences se fient aux directives ministérielles contenues dans le 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 (ci-après le Cadre de référence). Cet outil, développé par le MSSS alors qu'il était dirigé par Philippe Couillard, identifie quatre objectifs principaux :

- Identifier, s'il y a lieu, les besoins sociosanitaires et les particularités reliés aux personnes d'expression anglaise de la région;
- Identifier les services de santé et les services sociaux requis pour répondre aux besoins reconnus;

21. *Ibid.*

22. <http://www.cmq.org/-/media/Files/BInfo/BInfo528.pdf>

23. *Ibid.*, p. 17.

24. *Loc. cit.*

25. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD (2011), *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise de la Côte-Nord*, p. 2.

■ Indiquer les prestataires de services - par le nom de l'établissement et, s'il y a lieu, de l'installation - qui ont l'obligation de rendre des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;

■ Identifier les modalités d'accès aux services en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise²⁶.

Nous constatons que le MSSS, tout en exigeant de ses ASSS qu'elles garantissent aux « personnes d'expression anglaise » leur droit de recevoir leurs services en anglais, ne fournit que très peu de directives claires quant au cadre à l'intérieur duquel ces services doivent être offerts. Ce manque de clarté ressort à la lecture des programmes d'accès car le degré de précision des renseignements fournis varie énormément d'un programme à l'autre. Dans la plupart des cas, on retrouve les mêmes intentions pas toujours claires : s'assurer d'avoir le nombre « adéquat » d'intervenants avec les compétences linguistiques nécessaires pour répondre aux besoins de la clientèle anglophone dans le plus grand nombre de services possibles, identifier le personnel capable de s'exprimer en anglais pour qu'on puisse s'y référer rapidement en cas de besoin, traduire certains documents et sites sur la Toile en anglais, former le personnel en anglais et évaluer les besoins et la satisfaction de la clientèle anglophone. Pour ce dernier point, les agences se fient le plus souvent à des études et à des sondages CROP commandés par le Réseau communautaire de la santé et des services sociaux (RCSSS). Dans plus d'un cas, le programme d'accès contient davantage d'informations sur la satisfaction de la clientèle que sur les mesures concrètes prévues pour l'accessibilité des services en anglais.

2.1.2 Le rôle des établissements

On ajoute ensuite que ce programme d'accès doit « tenir compte des ressources humaines, matérielles et financières des établissements²⁷ » et qu'il doit inclure chaque établissement désigné de la région, comme cela est prévu par l'article 508 de la LSSS²⁸. Les articles 619.29 et 619.44, quant à eux, spécifient qu'un établissement devenant cessionnaire de l'ensemble ou d'une partie des services qu'un établissement indiqué ou désigné donnait en anglais doit continuer de rendre accessibles ces services en anglais jusqu'à la révision du dossier par le gouvernement²⁹.

26. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise*, p.17.

27. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

28. « Le gouvernement désigne parmi les établissements reconnus en vertu de l'article 29.1 de la *Charte de la langue française* (chapitre C-11) ceux qui sont tenus de rendre accessibles aux personnes d'expression anglaise, les services de santé et les services sociaux en langue anglaise. », *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, article 508.

29. « Le programme d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise pour des personnes d'expression anglaise qui a été élaboré par un conseil régional conformément à l'article 18.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux est réputé être celui qu'une régie régionale doit élaborer en application de l'article 348 et continue de s'appliquer jusqu'à ce qu'il ait fait l'objet d'une révision conformément à cet article. Un établissement qui devient cessionnaire de tout ou partie des services qu'un établissement indiqué dans un tel programme était tenu de rendre accessibles en langue anglaise pour des personnes d'expression anglaise doit continuer de maintenir ces services accessibles comme s'il était mentionné dans le programme jusqu'à la révision de ce dernier. Le gouvernement fixe la date à compter de laquelle toute régie régionale doit entreprendre la révision d'un tel programme conformément à cet article. », *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, article 619.29. « Sont réputés avoir été désignés en application de l'article 508, les établissements désignés par règlement pris en vertu du deuxième alinéa de l'article 173 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et qui sont tenus de rendre accessibles en langue anglaise, aux personnes d'expression anglaise, les services de santé et les services sociaux qu'ils dispensent. Un établissement qui devient cessionnaire de tout ou partie des services qu'un établissement désigné dans un tel règlement était tenu de rendre accessibles en langue anglaise pour des personnes d'expression anglaise doit continuer de maintenir ces services accessibles comme s'il était mentionné dans le programme d'accès visé dans l'article 619.29. », *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, article 619.44.

Un établissement désigné est un établissement que le gouvernement désigne parmi les établissements reconnus. Ils sont tenus de rendre accessibles aux personnes d'expression anglaise les services de santé et les services sociaux en langue anglaise.

Un établissement indiqué est celui dont au moins un service ou un programme de services est associé au programme d'accès de sa région pour offrir des services en langue anglaise.

Un établissement reconnu est un établissement qui fournit ses services à des personnes en majorité d'une langue autre que le français et qui a obtenu de l'Office québécois de la langue française une reconnaissance en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française.

Les établissements de tout réseau sont responsables de :

- Produire l'inventaire des services accessibles en langue anglaise;
- Définir les modalités à mettre en place pour rendre accessibles les services en langue anglaise, incluant les mécanismes de référence et les contributions attendues des différents partenaires du réseau local;
- Définir l'offre de services disponible en langue anglaise;
- Identifier les prestataires des services en langue anglaise;
- Transmettre à l'agence la résolution du conseil d'administration de son établissement indiqué au programme d'accès³⁰.

Précisons qu'un établissement est indiqué au programme d'accès sur une base volontaire après une résolution en ce sens de son conseil d'administration. De plus, on peut lire dans certains programmes d'accès que comme ces derniers ne bénéficient « d'aucune ressource humaine, matérielle ou financière particulière » pour rendre accessibles leurs services en anglais, les établissements identifiés par les ASSS doivent « s'assurer que les usagers d'expression anglaise de leur territoire reçoivent les services requis à même leur budget de fonctionnement, soit dans leurs installations ou en partenariat avec un autre établissement ou organisme, ou encore en entente avec un établissement d'une autre région³¹ ».

On dit qu'un service est accessible en anglais « lorsque l'utilisateur peut s'exprimer en langue anglaise et recevoir une réponse adéquate en cette même langue³ ». »

3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise*, p.27.

30. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise*, p. 24.

31. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE (2012). *Programme régional d'accessibilité aux services en langue anglaise*, p.16.

2.1.2.1 L'identification de la population d'expression anglaise

Vu l'absence d'une variable imposée pour déterminer cette population et définir des critères autres que la simple affirmation autodéclaratoire, il n'est pas étonnant de constater que chaque ASSS a construit son programme comme il lui a semblé bon de le faire. Ainsi, neuf agences sur les quinze étudiées ont choisi la PLOP pour déterminer leur population d'expression anglaise; les autres ont opté pour la langue maternelle. L'ASSS de l'Abitibi-Témiscamingue est la seule à avoir tenu compte à la fois de la PLOP, de la langue maternelle et de l'anglais comme seule langue officielle connue pour établir le portrait de sa population d'expression anglaise.

2.1.2.2 Les coûts

Les coûts induits par le programme ne sont jamais mentionnés dans le document qui le définit. Plusieurs ASSS nous ont affirmé qu'elles n'avaient aucun budget prévu pour l'allocation des services en anglais. Pourtant, comme on le verra plus loin, elles reçoivent chaque année plusieurs millions de dollars pour rendre accessibles leurs services en langue anglaise, par le biais de programmes financés par le gouvernement fédéral.

De fait, plusieurs établissements désignés nous ont expliqué que, comme ils étaient « tenus de rendre accessibles en langue anglaise aux personnes d'expression anglaise les services de santé et les services sociaux » qu'ils offrent dans l'ensemble de leurs installations, ils ne faisaient « aucune distinction entre les services donnés en langue française et les services donnés en langue anglaise ». Ils n'ont donc « aucun budget dédié aux services donnés en anglais ni aucune source de financement dédié »^{31a}.

2.1.2.3 Des fusions qui accélèrent le processus de bilinguisation

En outre, les multiples fusions d'établissements prévues dans le projet de loi 10 présenté par l'actuel ministre de la Santé, Gaétan Barrette, rappellent les fusions amenées par la réforme précédente du système de santé québécois. Cette réforme implantée par Philippe Couillard en 2003, alors qu'il était ministre de la Santé, avait elle aussi apporté son lot de fusions. La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Loi 25), sanctionnée en décembre 2003, avait conduit à une reconstruction quasi complète du système en fusionnant administrativement les CLSC, CHSLD et CH de l'ensemble du territoire en 95 réseaux locaux, les centres de services de santé et de services sociaux (CSSS)³². De ce nombre, 63 établissements (les deux tiers) offrent aujourd'hui au moins une partie de leurs services en anglais³³.

L'article 33 de cette Loi 25 prévoit qu'une instance locale devenant cessionnaire des services donnés en anglais jusque là par un établissement indiqué dans un programme d'accès doit conti-

31a « ... le CSSS Cavendish est un établissement désigné; c'est-à-dire que nous sommes tenus de rendre accessible[s] en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise les services de santé et les services sociaux que nous offrons dans nos huit installations. De ce fait, nous ne faisons pas de distinction entre les services donnés en langue française et les services donnés en langue anglaise. Nous n'avons aucun budget dédié, pour les services donnés en anglais ni aucune source de financement dédié. » (Extrait d'un courriel reçu du CSSS Cavendish le 14 octobre 2014).

32. RICHARD, Marie-Claude, MALTAIS, Danielle, BOURQUE, Denis, SAVARD, Sébastien et TREMBLAY, Marielle (2007). « **La fusion des établissements de santé et de services sociaux - Recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts** », *Nouvelles pratiques sociales*, Volume 20, numéro 1, automne 2007, p. 151-164 [<http://www.erudit.org/revue/nps/2007/v20/n1/016982ar.html>]

33. Pour plus de détails, consulter l'annexe de la liste sur les établissements offrant des services en anglais.

nuer d'offrir ces services en anglais, et ce jusqu'à la révision de ce programme³⁴. Si, légalement, les établissements non indiqués ou désignés qui sont fusionnés à des établissements indiqués ou désignés ne sont tenus de continuer à rendre accessibles les services en anglais que dans les installations où ces services étaient déjà disponibles en anglais, l'étude de cas de certains centres hospitaliers montre une tendance assez nette : dans les faits, l'établissement fusionné acquiert au final le statut d'établissement indiqué ou désigné, après une décision en ce sens du nouveau conseil d'administration.

Aujourd'hui, des 277 établissements du réseau de la santé québécois, plus de la moitié (149) offrent des services en anglais. De ce nombre, 38 sont désignés et offrent donc l'entièreté de leurs services en anglais.

2.2 Les réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS)

La place de l'anglais dans le système de santé du Québec est aussi influencée par les réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS), lesquels ont été implantés en 2003 en même temps que la réforme de la santé du ministre Couillard. Les RUIS ont été mis en place par le MSSS « dans le cadre de la modernisation du système de santé » pour « mieux répondre aux enjeux d'aujourd'hui et de demain dans les domaines des soins ultraspécialisés, de la formation des professionnels de santé, de la recherche en sciences de la santé et de l'évaluation des nouvelles technologies et des modes d'intervention en santé^{34a} ». Quatre facultés de médecine furent désignées pour créer quatre RUIS : celle de l'Université de Montréal, de l'Université de Sherbrooke, de l'Université Laval et de l'Université McGill. À chacune d'entre elles sont associés les hôpitaux universitaires (les CHU). Ainsi formé, chaque RUIS a la responsabilité « d'offrir les soins spécialisés et surspécialisés à la population de régions précises (tableau 1 à la page suivante). Il est aussi responsable de contribuer à la formation des médecins, notamment en organisant des stages dans les régions qu'il dessert³⁵ ». C'est ici que les RUIS peuvent influencer la présence de l'anglais dans le système de santé québécois : en 2011, « 24 % des effectifs financés en médecine étudiaient à l'Université McGill, une proportion équivalant à la population desservie par le RUIS de cette université (23 %)³⁶ ». On comprend donc que près du quart des médecins québécois sont formés par une université anglophone. Qui plus est, 23 % de la population est desservie par un RUIS anglophone.

34a <http://www.ruis.umontreal.ca/a-propos-du-ruis-de-ludem/origines.html>

34. « Lorsqu'une instance locale visée à l'article 33 devient cessionnaire des services qu'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 (chapitre S-4.2) était tenu de rendre accessibles en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise, elle doit continuer de maintenir ces services comme si elle était mentionnée dans le programme jusqu'à la révision de ce dernier », *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, article 34.

35. CURZI, Pierre (2013). *L'effet anglicisant du déséquilibre du financement des universités*, p. 35. http://www.pierrecurzi.org/wp-content/uploads/2013/02/ETUDE_Sous-financement_Universites.pdf

36. *Ibid.*, p.36.

TABLEAU 1
**Réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS),
populations et territoires couverts, 2012**

RUIS	Territoire couvert	Population (N)	Population (%)
Université Laval	Est du Québec	1,767,132	22,1%
Université de Sherbrooke	Centre du Québec, Estrie, Montérégie (Est)	1,085,649	13,6%
Université de Montréal	Laval, Laurentides, Lanaudière, Mauricie, Montérégie (Nord), Montréal (Nord et Est)	3,308,101	41,3%
Université McGill	Abitibi-Témiscamingue, Montérégie (Ouest), Montréal (Ouest), Nord-du-Québec, Outaouais	1,848,145	23,1%

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Projections de la population du Québec selon le territoire de RUIS, le sexe, l'âge et le groupe d'âge, 2006 à 2031.*

2.3 Le rôle des réseaux communautaires anglophones

Le Réseau communautaire de la santé et des services sociaux (RCSSS) est un organisme sans but lucratif mis sur pied en 2000 « pour soutenir les efforts des communautés d'expression anglaise du Québec visant à assurer l'accès aux services de santé et aux services sociaux dans leur langue³⁷ ». Il est l'un des 40 membres du Quebec Community Group Network (QCGN).

Le RCSSS constitue de fait à la fois un groupe de pression et un intermédiaire entre le système de santé et les citoyens d'expression anglaise; il vise à informer ces derniers de leurs droits, des services dont ils disposent, etc. Il produit une multitude de rapports et d'études concernant les besoins de la population anglophone du Québec, en plus de faire la promotion des services de santé et des services sociaux accessibles en anglais.

Le QCGN fut fondé en 1994 « lorsque les 15 organisations régionales et sectorielles québécoises, qui étaient financées dans le cadre du programme de langue officielle en situation minoritaire, furent rassemblées par Patrimoine canadien afin de mieux gérer le programme et les priorités de financement⁴ ». Il s'agit d'un organisme à but non lucratif regroupant 41 organismes communautaires du Québec (dont le RCSSS). Le QCGN « a pour but d'assurer le développement, de soutenir et d'améliorer la vitalité des communautés minoritaires d'expression anglaise⁵ ».

4. <http://www.qcgn.ca/notre-histoire/>

5. <http://www.qcgn.ca/vision-et-mission/>

Le RCSSS et ses partenaires sont abondamment consultés par les ASSS dans l'élaboration des programmes permettant l'amélioration de l'accessibilité des services en anglais. L'évaluation des besoins de la population d'expression anglaise qui est faite par les ASSS dans les programmes d'accès est en grande partie construite à partir de l'analyse de documents produits par des organismes communautaires anglophones notamment le RCSSS.

En fait, c'est vraiment le RCSSS qui, grâce à des subventions du gouvernement fédéral, offre aux agences de recourir à ses programmes. Ainsi, entre 2008 et 2013, le RCSSS a conclu des ententes avec toutes les agences de santé du Québec pour « l'amélioration de l'accessibilité et de la

37. <http://www.chssn.org/Scripts/About.asp?lang=1>

continuité des services aux personnes d'expression anglaise³⁸ ». Les programmes déployés, d'une ampleur très variable d'une région à l'autre comme en témoignent les chiffres exposés plus loin consistaient essentiellement à mettre en place différents moyens pour mieux identifier la langue parlée des usagers, rendre l'information et les communications aux usagers accessibles en anglais, publiciser les droits et les services pour les personnes d'expression anglaise, etc.

2.3.1 Le Projet de formation et de maintien en poste des professionnels de la santé de l'Université McGill

Outre l'aide reçue du RCSSS et de ses partenaires, les agences ont également conclu des ententes avec l'Université McGill qui, depuis juillet 2004, est mandatée par Santé Canada pour organiser un projet de formation et de développement des ressources humaines en collaboration avec le RCSSS, en vue d'améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes d'expression anglaise³⁹. Ce Projet est une « contribution aux initiatives du gouvernement du Québec pour assurer l'accès aux Québécois d'expression anglaise, dans leur langue, à la gamme de services de santé et de services sociaux⁴⁰ ». Il suggère et met en place « diverses mesures visant à former et à maintenir en poste une main-d'œuvre suffisante capable d'offrir des services de santé et des services sociaux en anglais⁴¹ ». Il s'agit ainsi d'un « outil additionnel pour la mise en œuvre et la révision des programmes d'accès régionaux aux services en langue anglaise, tel que le prévoit la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁴² ».

En travaillant en partenariat avec une foule d'établissements d'enseignement, privés ou publics, ainsi qu'avec certaines commissions scolaires, le Projet McGill a ainsi formé plus de 6 200 professionnels œuvrant dans le secteur de la santé entre 2008 et 2013⁴³.

Depuis 2004, le Projet a reçu près de 32 M\$ en financement de la part du gouvernement fédéral⁴⁴.

Le Projet McGill s'autorégule lui-même puisqu'il produit les études justifiant ses initiatives. L'Université McGill commande et produit elle-même des rapports de recherche montrant les besoins de la population d'expression anglaise en matière de services de santé et de services sociaux en anglais. En février 2011, l'Université McGill soumettait aux chercheurs d'institutions québécoises un « appel aux propositions de projets de recherche, fondamentale ou appliquée, axés sur la relation entre la langue et les services de santé et les services sociaux⁴⁵ ».

38. http://www.chssn.org/Scripts/Programs_Projects.asp

39. <http://www.mcgill.ca/hssaccess/fr/thrdp>

40. *Ibid.*

41. *Ibid.*

42. *ibid.*

43. FACULTÉ DES ARTS DE L'UNIVERSITÉ MCGILL (2013). *Programme de formation linguistique – profil global 2009-2013* [http://www.mcgill.ca/hssaccess/files/hssaccess/programme_de_formation_linguistique_-_profil_global_2009-2013.pdf]

44. <http://www.mcgill.ca/hssaccess/fr/>

45. <http://www.cscm.isc.uqam.ca/?q=fr/node/285>

Financer les services de santé et les services sociaux en langue anglaise

3.1 Dépenses des Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) dans les services en langue anglaise

Rappelons que chaque ASSS doit répondre aux exigences de l'article 15 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux avec ses propres moyens. Certes, comme on le verra plus loin, le MSSS verse chaque année un certain montant à toutes les ASSS pour leurs services en langue anglaise, mais celles-ci génèrent assez peu de dépenses à cet égard. Notons qu'il est difficile d'établir le coût réel de l'accessibilité des services en anglais, car les ASSS ne fournissent que très peu d'informations à ce sujet. En réponse à des demandes d'accès à l'information, quelques agences - dont celle de Montréal et celle de l'Outaouais, qui comptent pourtant une importante part de la population d'expression anglaise du Québec - ne nous ont fourni à peu près aucun renseignement utile, se réfugiant derrière l'affirmation qu'« aucun budget n'est attribué au Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise⁴⁶ ».

Il ressort de nos entretiens avec les représentants des ASSS et des établissements de santé que les dépenses engendrées directement par celles-ci pour l'accessibilité des services en anglais ne sont effectivement souvent pas très importantes : les dépenses générées proviennent plutôt de programmes qui sont conduits par des organismes financés par Patrimoine canadien (le RCSSS et Projet McGill).

Essentiellement, les dépenses résultent de la traduction de documents, de la promotion des services en anglais et de l'évaluation de la satisfaction de la clientèle d'expression anglaise.

Néanmoins, il nous a été possible de dresser un bilan partiel des dépenses de chaque ASSS aux fins de l'accessibilité des services en anglais (tableau 2 à la page suivante). Malheureusement, ce portrait ne montre qu'une petite partie des dépenses réelles : en effet, c'est surtout par les établissements désignés et indiqués, là où les services en anglais sont offerts, que les dépenses sont principalement effectuées et non par leurs agences respectives. Or, comme les dépenses encourues pour les services fournis en anglais sont administrées à même le budget global de l'établissement, il est bien difficile de dresser un portrait précis de la situation. Qui plus est, on nous a souvent répondu, chez les agences, qu'« il n'y a pas de budget associé au Programme d'accès », mais que « certaines dépenses ont toutefois été effectuées au cours des dernières années⁴⁷ ». Le tableau 2 récapitule les dépenses enregistrées que les ASSS ont bien voulu nous transmettre. Elles n'incluent toutefois pas les dépenses associées aux programmes du RCSSS et de l'Université McGill.

46. Extrait d'un courriel transmis par l'ASSS de l'Outaouais le 25 septembre 2014.

47. Extrait d'un courriel transmis par l'ASSS de Montréal le 3 octobre 2014.

TABLEAU 2

Dépenses associées à l'accessibilité des services en langue anglaise par agence de santé (en dollars), 2008-2013

AGENCE	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Bas-Saint-Laurent	18 410	35 074	18 741	18 741	18 741
Saguenay-Lac-Saint-Jean	26 546	28 008	47 408	61 419	38 124
Capitale-Nationale	29 108	29 709	29 709	29 709	29 709
Mauricie-Centre-du-Québec	29 646	42 646	30 270	30 270	30 270
Estrie	X	209 613	305 527	437 159	377 201
Montréal	X	2 532	86 349	X	4 420
Outaouais	X	X	X	X	X
Abitibi-Témiscamingue	296	1 096	1 825	1 048	X
Côte-Nord	X	79 267	72 921	132 729	237 040
Gaspésie-Île-de-la-Madeleine	1 451	964	2 227	X	X
Chaudière-Appalaches	48 528	20 297	138 482	156 426	135 168
Laval	45 264	47 097	47 097	47 097	47 097
Lanaudière	70 854	68 755	74 565	98 079	110 069
Laurentides	500	500	500	500	500
Montérégie	376 713	513 790	626 296	698 566	344 096
TOTAUX	647 316	1 079 350	1 395 570	1 711 744	1 372 437

3.2 La part du gouvernement fédéral

Quoi qu'il en soit, ce droit supplémentaire garanti à la population d'expression anglaise du Québec n'aurait finalement que peu d'impact sans les programmes et le financement provenant du gouvernement fédéral. En effet, il s'avère que la plus grande partie des coûts engendrés par les initiatives visant le développement de services de santé et de services sociaux au Québec est défrayée par des subventions provenant initialement de Patrimoine canadien. La structure actuelle de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que le pouvoir du fédéral de dépenser ont permis à ce ministère canadien de déployer en toute légitimité un véritable arsenal de moyens pour réaffirmer l'« engagement du gouvernement du Canada envers la promotion des langues officielles et l'épanouissement des communautés de langue officielle en situation minoritaire⁴⁸ ».

48. <http://www.pch.gc.ca/fra/1358263602229>

Le « pouvoir de dépenser » du gouvernement fédéral résulte d'initiatives prises par ce dernier après la Deuxième Guerre mondiale et « est étroitement lié aux efforts visant à centraliser le pouvoir de taxation ». Le gouvernement fédéral use de ce pouvoir en « versant des fonds, soit unilatéralement, soit en collaboration avec les provinces, pour divers programmes de santé, de services sociaux, d'éducation et de développement ».

Le pouvoir de dépenser est maintenant l'outil principal dont dispose le gouvernement fédéral pour exercer son influence « dans des domaines qui relèvent des provinces sur le plan législatif, tels que les soins de santé, l'éducation, le bien-être, la formation de la main-d'œuvre et le développement régional ». De la sorte, le fédéral peut exercer une influence certaine « sur les politiques provinciales et les normes applicables aux programmes »⁶.

Ce pouvoir est protégé par le droit constitutionnel canadien

6. DUNSMUIR, Mollie (1991). *Le pouvoir de dépenser : portée et limites*, Bibliothèque du Parlement, p.2.

C'est avec cet objectif qu'en 2008, Patrimoine canadien lançait sa Feuille de route pour la dualité linguistique canadienne 2008-2013, à laquelle était attribuée un budget de 1,1 G\$ qui fut redistribué à 15 ministères canadiens⁴⁹ (voir le schéma 1 à la page 25). Parmi ces derniers, Santé Canada a eu droit à 180,5 M\$; de ce montant, 45 M\$, soit près de 25 %, furent accordés au Québec, toujours avec l'unique dessein d'y améliorer l'accessibilité des services de santé et des services sociaux en anglais. Cette subvention fut partagée entre l'Université McGill pour son Projet et le RCSSS.

La Feuille de route pour la dualité linguistique canadienne 2008-2013 définissait les objectifs prioritaires suivants : « la promotion des deux langues officielles du Canada et le soutien à la vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire ».

Représentant un investissement pangouvernemental total de 1,1 milliard de dollars sur cinq ans, ce programme a été reconduit en 2013 avec la Feuille de route pour la dualité linguistique canadienne 2013-2018 qui, encore une fois, prévoit un budget de 1,1 G\$⁷.

7. http://www.pch.gc.ca/DAMAssetPub/DAM-secLo-olSec/STAGING/texte-text/road-map2013-2018_1364313629232_fra.pdf?WT.contentAuthority=11.0

À leur tour, Projet McGill et le RCSSS redistribuent les sommes et soutiennent leur financement dans la province. Pour 2008-2013, le RCSSS gratifia les organismes communautaires locaux

49. « Dans le cadre de l'initiative *Feuille de route pour la dualité linguistique canadienne 2008-2013. Agir pour l'avenir*, on s'est engagé à verser 1,1 milliard de dollars sur cinq ans à 15 ministères et organismes dans les domaines de la justice, de la santé, de l'immigration, du développement économique, des arts et de la culture. Santé Canada a reçu 174,3 millions de dollars pour mener à bien l'exécution du PCLOS [Programmes de contribution pour les langues officielles en Santé] et pour s'occuper des activités de gestion, de planification stratégique et de mesure du rendement du Programme sur une période de cinq ans. Les deux principaux objectifs du Programme étaient : 1) améliorer l'accès aux services de santé dans la langue officielle de la minorité; 2) accroître l'utilisation des deux langues officielles dans la prestation des services de santé. Le Programme comprenait trois volets exécutés par des bénéficiaires de financement primaires et secondaires : 1. réseautage de santé communautaire (22 M\$ - volet administré par le RCSSS et la SSF); 2. formation et maintien en poste des professionnels de la santé (114,5 M\$ - volet administré par le CNFS et l'Université McGill); 3. nouveaux projets pour la santé des CLOSM (33,5 M\$ - volet coordonné par la SSF et le RCSSS et parrainé par les communautés financées) », SANTÉ CANADA ET L'AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2013). *Évaluation du Programme de contribution pour les langues officielles en santé 2008-2012*, p. ii.

de 9,5 M\$, versa 7,5 M\$ aux agences de santé (entente conclue entre le MSSS et le RCSSS pour « l'adaptation des services sociaux et des soins de santé⁵⁰ ») et commanda pour environ 2 M\$ de recherches à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) dans le but de mieux connaître la réalité des Québécois d'expression anglaise⁵¹. En plus de verser une partie de l'argent reçu de Santé Canada aux agences de santé du Québec, le RCSSS finance également plusieurs organismes communautaires anglophones régionaux qui sont ses partenaires. Ainsi, dans presque toutes les régions sociosanitaires du Québec des partenaires du RCSSS reçoivent des fonds de ce dernier pour faire la promotion des services de santé et des services sociaux en langue anglaise et pour aider au développement de programmes améliorant l'accessibilité des services en anglais.

Si le RCSSS contribue en majeure partie à la redistribution dans la province (à travers les ASSS, mais aussi les instances locales communautaires anglophones qui sont les partenaires du RCSSS) du financement reçu de Santé Canada, c'est plutôt le QCGN qui accompagne Santé Canada dans la planification globale de ce financement⁸.

8. RÉSEAU COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (2012). « Consultation a community initiative », *Community NetLink*, volume 17, Winter 2012, p.1

Projet McGill versa également des sommes importantes aux agences de santé, aux organismes communautaires et à un certain nombre d'établissements scolaires pour l'élaboration et la mise en place de son programme de formation linguistique et de maintien en poste du personnel bilingue. Au total, ce sont 6 224 professionnels québécois qui ont reçu une formation dans le cadre de ce programme⁵².

50. http://www.chssn.org/fr/Brief_Standing_Committee_OL_fr.pdf

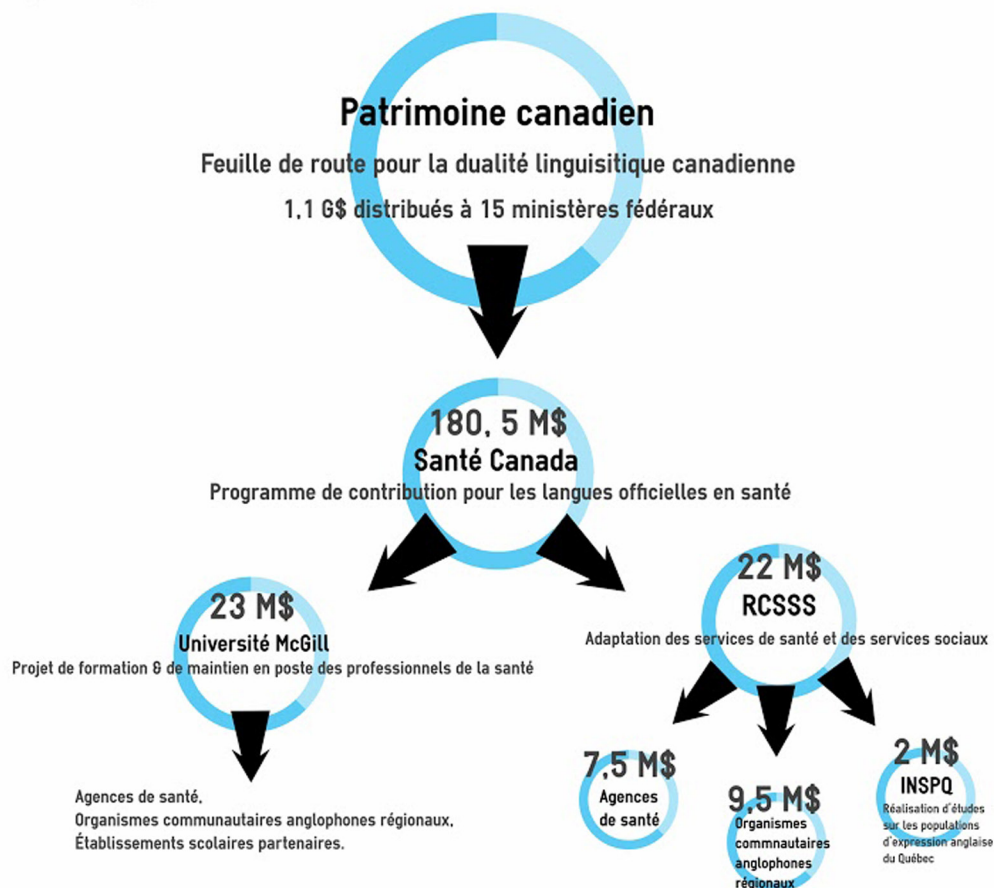
51. « Le RCSSS a repéré l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) comme principal partenaire institutionnel qui pourrait enrichir et élargir la diffusion de nouvelles connaissances sur la santé et le bien-être des communautés d'expression anglaise. Un comité tripartite composé du RCSSS, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) et de l'INSPQ pilote la mise en œuvre de cette initiative. L'INSPQ a entrepris des projets pour produire des connaissances sur l'état de santé de la population d'expression anglaise et des facteurs qui l'influencent par la voie d'une analyse détaillée de l'information sur la santé des populations. Par exemple, l'INSPQ a mis au point un outil sur la Toile [<http://www.inspq.qc.ca/santescope/default.asp>], qui facilite l'accès à l'information sur la santé et le bien-être de la population québécoise. Grâce à l'investissement de la Feuille de route, une fonction qui fournit de l'information sur la population d'expression anglaise y a été ajoutée. En utilisant la langue maternelle, il compare la situation des francophones, des anglophones et des allophones quant à la structure d'âge, à l'état matrimonial, à l'état migratoire, au chômage, au niveau d'instruction, au revenu et aux soins prodigués aux aînés. Des données nouvelles sur les différences d'état de santé qui touchent la population d'expression anglaise contribueront à mettre au point des mesures ciblées dans le contexte de la politique de la santé et du bien-être visant l'ensemble de la population québécoise. L'INSPQ est en train de dresser des portraits et de préparer des études de cas des communautés d'expression anglaise en vue d'évaluer la capacité des communautés et de fournir des outils de développement pour les 18 réseaux communautaires et les partenaires publics qui travaillent avec eux. En s'inspirant du programme bien établi des Villes et villages en santé, l'INSPQ aide six communautés à se développer et diffusera les résultats à l'ensemble des communautés. », RÉSEAU COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (2012). *Mémoire présenté au Comité permanent des langues officielles*, 5 avril 2012, pp.6-7.

52. FACULTÉ DES ARTS DE L'UNIVERSITÉ MCGILL (2013). *Programme de formation linguistique – profil global 2009-2013*, 47 p. [http://www.mcgill.ca/hssaccess/files/hssaccess/programme_de_formation_linguistique_-_profil_global_2009-2013.pdf]

SCHÉMA 1

Circuit du financement des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, 2008-2013

Financement des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, 2008-2013



3.3 La part du MSSS

Comme on peut le constater dans le tableau 3 à la page 26, le MSSS contribue lui aussi financièrement à l'accessibilité des services en anglais dans le système de santé du Québec. Ainsi, le MSSS verse chaque année une enveloppe destinée aux services en langue anglaise à toutes les agences de santé. Pour la période étudiée, soit 2008-2013, le MSSS a versé 4 876 797 \$ aux 15 agences de santé du Québec pour leurs services en anglais. Sur le financement total reçu par les agences, ce montant correspond à 31,18 %.

TABLERAU 3
Financement des agences de santé pour les services
en langue anglaise, 2008-2013

Organisme offrant du financement	Montant versé aux agences	Part du financement total versé
MSSS	4 876 797	31,18 %
RCSSS	6 013 083,12 \$	38,44 %
Projet McGill	4 750 705 \$	30,37 %
Total	15 640 585,12 \$	100 %

3.4 Répartition du financement

La carte 1 à la page suivante montre la répartition du financement accordé aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise selon la région sociosanitaire pour la période 2008-2013. La carte précise également, pour chaque région, la proportion de la population d'expression anglaise du territoire. De toute évidence, la répartition du financement n'a pas été faite en fonction des besoins de la population d'expression anglaise des régions, mais plutôt dans un effort d'étalement des ressources. On remarque ainsi que des régions dont la population compte moins d'un pour cent des personnes d'expression anglaise du Québec ont reçu des sommes de plus 400 000 \$, soit plus de 2 % du financement total. La région de la Gaspésie- les-de-la-Madeleine, qui compte tout juste 1 % de la population d'expression anglaise du Québec, a reçu 4 % du financement total.

CARTE 1

Portrait du financement accordé aux agences de santé pour les services en langue anglaise, 2008-2013

Financement des services en langue anglaise

accordé aux agences de santé et de services sociaux, 2008 à 2013

UN GRAND TOTAL DE PLUS DE 50 M \$

En plus du financement versé aux agences de santé, les RÉSEAUX COMMUNAUTAIRES ANGLOPHONES ont également reçu des enveloppes pour la promotion et l'amélioration des services de santé et des services sociaux en langue anglaise; toujours pour 2008-2013, le CHSSN et l'Université McGill ont versé quelque 35 M \$ additionnels à divers organismes-partenaires à la grandeur du Québec.

6 M \$ (RCSSS)
+
5 M \$ (Projet McGill)
+
5 M \$ (MSSS)
=
16 M \$

POUR L'ADAPTATION
DES SERVICES
EN ANGLAIS



3.5 Quelle efficacité?

Nous pouvons supposer grâce aux informations contenues dans le cas de plusieurs programmes d'accès, bien que nous n'ayons pas eu accès aux détails par programme, que la demande pour les services en anglais est, de façon générale, assez faible : une population d'expression anglaise de petite taille et peu de plaintes reçues de la part des usagers voulant être servis en anglais sont les principaux indicateurs en ce sens. Dans la Capitale-Nationale, on précise que les « difficultés décrites par la population d'expression anglaise s'avèrent comparables à celles rencontrées par la population francophone⁵³ ». Cela dit, on n'indique pas quelle quantité d'usagers s'est prévaluée des services offerts en anglais, pour la bonne raison que cette information n'est pas systématiquement enregistrée : un service est dit accessible en anglais lorsque l'échange entre le patient et le professionnel s'est déroulé exclusivement dans cette langue. Difficile d'établir un bilan des services donnés en langue anglaise avec cette définition. Toutefois, le RCSSS a commandé, en 2006 et en 2011, des sondages CROP offrant un aperçu de la situation. Nous rapportons ici quelques résultats du plus

53. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE (2011). *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise 2012-2015*, p. 28.

récent sondage. D'après ce dernier, une large proportion (70,7 %) de la population anglophone⁵⁴ du Québec aurait recours aux services d'un médecin en cabinet privé, tandis qu'un peu plus de 50 % fréquenteraient les CLSC et les salles d'urgence⁵⁵. Si ces données sont fiables, ce ne serait donc que la moitié de la population d'expression anglaise qui profiterait de l'accessibilité des services publics offerts en anglais.

54. Malheureusement, il n'est pas précisé dans le sondage quelle variable a été utilisée pour désigner la population dite « english-speaking » (anglophone).

55. RÉSEAU COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (2011). *Baseline Data Report 2010-2011 : English language Health and Social Services Access in Québec*. p.8 [<http://www.chssn.org/En/BDR/2010-2011.pdf>]

Un droit supplémentaire pour la minorité - quelles conséquences?

4.1 Quels impacts sur l'offre de services?

Outre l'impact évident sur le renforcement de la dualité linguistique au Québec, le droit consenti aux personnes d'expression anglaise tel que décrit dans cette étude bouleverse l'offre québécoise de services de santé et de services sociaux. Les efforts importants qui sont faits pour rendre accessibles les services en anglais peuvent même parfois paraître disproportionnés, sans lien avec la démographie réelle : ainsi, même si le taux de la population qui est d'expression anglaise est, dans la plupart des régions sociosanitaires, extrêmement faible, chacune de ces régions compte au moins un établissement indiqué. La situation reconfigure complètement l'offre des services sans référence à la consommation réelle par les clientèles spécifiques.

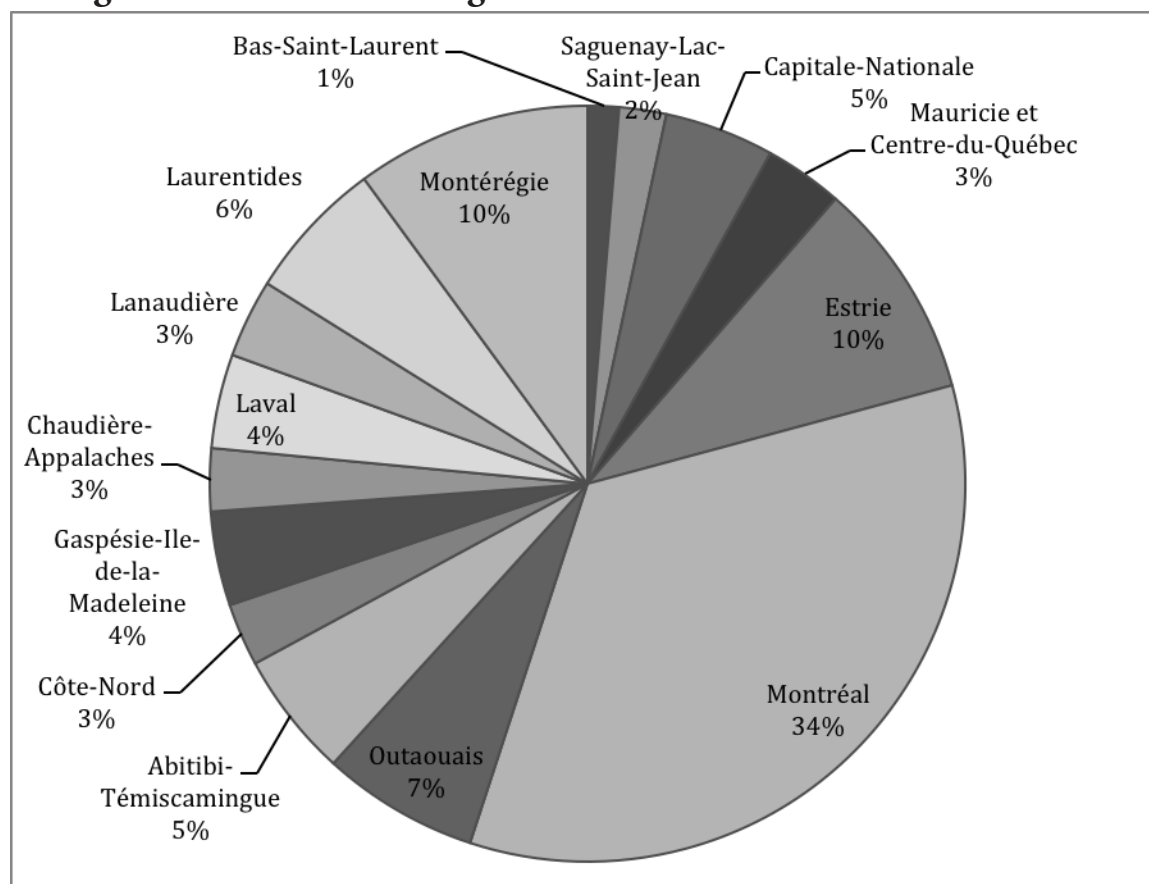
Le graphique 5 à la page suivante montre la répartition, selon la région sociosanitaire, des 149 établissements de santé offrant des services en anglais. En comparant le graphique 5 au graphique 1 à la page 6, on s'aperçoit que la répartition géographique des établissements de santé offrant des services en anglais ne correspond pas fidèlement à celle de la population d'expression anglaise. Comme un établissement de santé est indiqué au programme d'accès sur une base volontaire (après résolution de son conseil d'administration en ce sens), les services disponibles en anglais ne sont pas forcément concentrés dans les régions où leur besoin se fait le plus sentir, mais plutôt là où les moyens des établissements le permettent.

C'est ainsi que la région de Chaudière-Appalaches, qui ne compte pas même un pour cent de la population d'expression anglaise du Québec, détient 3 % de tous les établissements offrant des services en anglais. À l'inverse, les régions de Laval et de la Montérégie, qui comportent respectivement 7 % et 14,5 % de la population d'expression anglaise du Québec, ne comptent que 4 % et 10 % de tous les établissements offrant des services en anglais.

Par ailleurs, certaines incohérences apparentes doivent être soulevées : par exemple, le territoire de l'ASSS de la Capitale-Nationale, dont moins de 2 % de la population est d'expression anglaise, possède tout de même un établissement désigné. Ceci est en partie expliqué par le fait que les établissements peuvent offrir des services aux populations d'expression anglaise extraterritoriales, en cas de besoin. L'hôpital Jeffrey-Hale (établissement désigné de la Capitale-Nationale) reçoit donc aussi des usagers d'expression anglaise d'autres régions ne comportant pas d'établissements offrant les services nécessaires en anglais.

GRAPHIQUE 5

Répartition des établissements de santé offrant de services en anglais en fonction de la région sociosanitaire



N. B. Le Nord-du-Québec, non représenté dans le graphique ci-dessus, compte également un établissement indiqué.

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

4.1.1 Une offre de services disproportionnée

La volonté du MSSS d'accommoder sans grande rigueur administrative les personnes d'expression anglaise semble bien avoir pour effet de gonfler l'offre de services de santé en anglais au Québec. Cette offre se dessine moins sur les cas réels que sur une ventilation visant à couvrir les territoires et non les besoins liés à la démographie réelle. Comme on l'a vu plus tôt, les autorités administratives précisent qu'« il n'incombe pas à l'utilisateur d'expression anglaise de naviguer dans le système, mais bien 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 ».

Les directives du MSSS tendent vers un objectif clair : élaborer une gamme de services accessibles en anglais la plus complète possible. Surs prétexte de ne pas risquer des erreurs d'interprétation auprès des patients qui n'ont pas une connaissance suffisante du français, soit 13,4 % de la population selon la PLOP, on réarrange entièrement le système de santé. On déploie une solution institutionnelle plutôt que relationnelle légère du type, par exemple, de celles qui prévoient le recours à des interprètes, comme cela se fait déjà dans le cas des langues autres que l'anglais. Tous les efforts semblent être faits pour privilégier les solutions lourdes, systémiques plutôt que pragmatiques et adaptées au contexte relationnel. Dans le programme d'accès de l'ASSS de Montréal, il est recommandé « que tout établissement désigné ou indiqué rende compte annuellement de l'état d'accessibilité de ses services en anglais⁵⁶ ». Existe-t-il attentions comparables pour les usagers d'expression française?

4.1.2 Quels efforts pour les francophones du Canada?

Certes, des efforts sont également déployés dans le reste du Canada à l'égard des francophones. Un réseau communautaire homologue au RCSSS existe d'ailleurs à l'échelle canadienne : la Société santé en français (SSF). Celle-ci, créée en décembre 2002, réunit « plus de 125 représentants de toutes les régions du pays et de toutes les catégories de partenaires⁵⁷ ». C'est à cet organisme que Santé Canada par le biais de son Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM) créé en 2000 par Santé Canada, a confié la « coordination des initiatives dans les domaines du réseautage et de l'organisation de services⁵⁸ ».

En 2001, peu avant la fondation de la SSF, le CCCFSM avait procédé à l'analyse des 71 communautés francophones en situation minoritaire du Canada. Le rapport qui avait alors été produit permettait de constater que :

de 50 % à 55 % des francophones vivant en situation minoritaire n'avaient jamais ou presque jamais accès à des services de santé en français, que ce soit en clinique privée, en milieu hospitalier, en centre de santé communautaire ou autre. Des écarts considérables entre les services en français et les services en anglais dans ces communautés étaient aussi constatés : cette accessibilité était de 3 à 7 fois plus élevée pour les anglophones⁵⁹.

Cette situation ne peut être comparée à celle des anglophones du Québec qui, normalement, grâce aux dispositions actuelles des institutions de santé, peuvent accéder à des services dans leur langue et ce, peu importe où ils se trouvent. Avec 149 établissements offrant des services en anglais, le Québec est manifestement plus généreux à l'égard de sa minorité linguistique que ses homologues.

56. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2012). *Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais pour les personnes d'expression anglaise*, p. 23.

57. <http://www.santefrancais.ca/la-societe/notre-histoire>

58. *Ibid.*

59. COMITÉ CONSULTATIF DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE (2007). *Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français – Rapport au ministère fédéral de la Santé*, p. 15.

4.2 Quels impacts sur le droit de travailler en français?

Les efforts consentis pour accommoder les personnes d'expression anglaise dans le système de santé laissent présager un bouleversement dans les politiques d'embauche du personnel : dans le programme d'accès régional de Laval, on mentionne que le taux de personnel bilingue recherché est de 20 à 25 %, alors que la population d'expression anglaise estimée est de 18,8 %. Dans celui de l'Outaouais, on rapporte vouloir « sensibiliser les responsables des ressources humaines des établissements de santé et de services sociaux à l'importance de mettre en place des mesures facilitant l'intégration et la rétention du personnel dont la première langue n'est pas le français⁶⁰ ». De plus, l'article 27 de la Charte de la langue française permettant que le dossier du patient soit rédigé en français ou en anglais selon la convenance du rédacteur donne toute la liberté à la direction des établissements d'exiger, pour plus de cohésion, que tous les dossiers soient rédigés en anglais. Si tel était le cas, le droit de travailler en français serait évidemment touché en raison des conditions de travail qui rendraient nécessaire la connaissance de l'anglais pour tous les employés.

Déjà, la tendance vers la bilinguisation des services de santé et des services sociaux au Québec se fait sentir sur la structure de l'emploi et de la main-d'œuvre. Selon Thibaudin, dans le seul domaine de la santé, « 14,12 % des ressources humaines travaillent le plus souvent en anglais⁶¹ », alors que 8,8 % de la population québécoise est de langue maternelle anglaise. « Ces travailleurs touchent 11 % de tous les revenus autonomes et 13 % de la masse salariale⁶² ». Une plus récente étude du Conseil supérieur de la langue française du Québec précise que 18 % des travailleurs du secteur de la santé utilisent régulièrement l'anglais dans leur milieu de travail. À Montréal, ce taux passe à 26 %⁶³. En 2011, toujours d'après Thibaudin, le bassin d'emplois anglophones dans le secteur de la santé et des services sociaux au Québec représentait des revenus totaux annuels de 6 844 M\$⁶⁴.

Une étude menée par l'INSPQ⁶⁵ et commandée par le RCSSS dresse un portrait plus précis de la situation en analysant l'usage de l'anglais par le personnel soignant. Ainsi, un peu plus de 35 % de tout le personnel soignant du Québec parle régulièrement ou le plus souvent en anglais au travail. Plus encore, 51,2 % des docteurs (praticiens généraux et médecins de famille) travailleraient le plus souvent ou régulièrement en anglais. Chez le personnel infirmier, ce taux correspond à 36,9 %. Quant aux psychologues et aux travailleurs sociaux, ce sont 29,4 % qui utilisent l'anglais le plus souvent ou de façon régulière au travail. Cette même étude rapporte qu'entre 2001 et 2006, la portion du personnel soignant utilisant l'anglais le plus souvent ou de façon régulière au travail a augmenté en moyenne de 13,5 %. C'est chez le personnel infirmier que la plus forte hausse est enregistrée, soit 17,5 %. En chiffres absolus, il y avait, en 2006, 15 405 professionnels de la santé de plus qu'en 2001 affirmant travailler régulièrement ou le plus souvent en anglais.

60. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS. *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes d'expression anglaise de l'Outaouais*, p.32.

61. THIBAUDIN, Henri (2011). *L'offre d'emploi de langue minoritaire des institutions publiques au Québec et au Canada*, Institut de recherche en économie contemporaine, p. 14.

62. THIBAUDIN, Henri (2011). *L'offre d'emploi de langue minoritaire des institutions publiques au Québec et au Canada*, Institut de recherche en économie contemporaine, p. 14.

63. CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA LANGUE FRANÇAISE (2014). *L'usage des langues au travail dans le secteur public au Québec en 2011 – Un portrait statistique*, p. 11.

64. THIBAUDIN, Henri (2011). *L'offre d'emploi de langue minoritaire des institutions publiques au Québec et au Canada*, Institut de recherche en économie contemporaine, p. 53.

65. http://www.chssn.org/En/CHSSNdocuments/Community_Portraits_2012/ConnUtiliAnglaisProfSSSQc.pdf

Le secteur de la santé compte 54 310 emplois pour lesquels l'anglais est utilisé au moins la moitié du temps⁹.

9. SABOURIN, Patrick et THIBAUDIN, Henri (2011). *Francisation des milieux de travail : les gouvernements prêchent-ils par l'exemple?* Note de l'Institut de recherche sur le français en Amérique, octobre 2011.

Notons que la Charte de la langue française pourrait bien peu de choses pour ralentir cette tendance croissante à la bilinguisation du système de santé : il est clairement inscrit dans cette Charte qu'un établissement reconnu a non seulement la légitimité d'exiger la connaissance d'une autre langue que le français pour embaucher son personnel, mais d'après ce qui est précisé dans l'article 20, un établissement ou un organisme reconnu en vertu de l'article 29.1 n'a pas à exiger la connaissance du français à son personnel⁶⁶. C'est donc que l'ensemble des établissements de santé reconnus aujourd'hui pourrait, théoriquement, n'embaucher que du personnel dont la première langue est l'anglais.

Même si un certain discours complaisant pourrait laisser penser qu'une telle dérive ne représenterait un risque vraisemblable que pour la région métropolitaine et en Outaouais, on peut néanmoins observer des glissements de la part de certains employeurs publics qui exercent une pression sur les ressources humaines pour apprendre l'anglais. Il est par exemple mentionné dans le programme d'accès de l'Estrie que « dans certains établissements, c'est devenu une pratique courante d'évaluer le niveau de connaissance de la langue anglaise du nouveau personnel lors de l'embauche⁶⁷ » afin de pouvoir diriger les patients d'expression anglaise vers le personnel approprié. Dans le même ordre d'idées, les « modalités à mettre en place » dans certains établissements de l'ASSS de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine incluent celles d'« exiger le bilinguisme lors du quart de travail de jour pour les postes dont les professionnels sont les seuls pourvoyeurs de services à la clientèle⁶⁸ ».

Pour faire respecter la Loi 101, l'institution a la responsabilité de rappeler à ses employés leur devoir de s'exprimer en français au travail : le choix de la langue au travail n'est pas un choix personnel, mais bien celui de l'institution. En 1977, celle-ci avait déclaré choisir en ce sens le français. Or, lorsque l'institution envoie à son personnel un message qui manque de clarté, il en résulte normalement une distorsion dans les services. C'est manifestement ce qui se passe en ce moment : l'État prétend toujours retenir le français en tant que langue officielle tandis qu'il exige à ses employés, ou au moins à une partie de ceux-ci de savoir s'exprimer en anglais à la demande des usagers.

66. « Pour être nommé, muté ou promu à une fonction dans l'Administration, il faut avoir de la langue officielle une connaissance appropriée à cette fonction. Pour l'application de l'alinéa précédent, chaque organisme de l'Administration établit les critères et modalités de vérification, soumis à l'approbation de l'Office québécois de la langue française. À défaut de quoi, l'Office peut les établir lui-même. Si l'Office estime insatisfaisants les critères et modalités, il peut soit demander à l'organisme concerné de les modifier, soit les établir lui-même. Le présent article est sans effet dans les organismes et les établissements reconnus en vertu de l'article 29.1 qui appliquent les mesures approuvées par l'Office suivant le troisième alinéa de l'article 23. », *Charte de la langue française*, article 20.

67. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE (2012). *Programme régional d'accessibilité aux services en langue anglaise*, p. 15.

68. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE (2007). *Programme d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise*, p. 27.

4.3 Quels impacts sur l'intégration des immigrants?

D'après les données du recensement canadien de 2011, les Québécois de langue maternelle tierce sont plus en mesure que les Québécois de langue maternelle anglaise de soutenir une conversation en français. C'est dans une proportion de 75,4 % pour les premiers contre 68,6 % pour les seconds⁶⁹. Qui plus est, entre 2006 et 2011, « la proportion de la population de langue maternelle française a diminué (79,6 % contre 78,9 %⁷⁰), alors que celle de la population de langues maternelles non officielles a connu une hausse (12,3 % comparativement à 12,8 %⁷¹) ». Cependant, « la proportion de la population québécoise de langue maternelle anglaise est demeurée stable entre ces deux années (environ 8,3 %⁷²) ». Dans ces conditions, on peut penser que la bilinguisation du système de santé aura un impact sur l'intégration des citoyens immigrés en français. Les Québécois d'expression anglaise ou issus de l'immigration trouveront-ils pertinent d'apprendre le français si l'anglais est disponible à la demande dans les institutions publiques configurées pour le bilinguisme?

Cela a été rapporté plus tôt : un établissement désigné doit offrir tous ses services en anglais. Cela signifie donc qu'un usager de cet établissement qui est d'une langue maternelle tierce peut choisir d'y être servi en anglais. Devant la domination mondiale évidente de l'anglais et devant le message du gouvernement canadien plaçant le français et l'anglais comme deux choix équivalents, cette disposition est inquiétante quant aux succès de l'incitation à l'apprentissage du français chez les immigrants : si ces derniers peuvent recevoir leurs services de santé et leurs services sociaux en anglais, c'est une motivation de moins pour eux d'apprendre la langue officielle de la société d'accueil. En ce sens, un aménagement linguistique qui reconfigure l'architecture institutionnelle pour s'adapter au caractère autodéclaratoire de la langue de l'utilisateur ne contribue pas à son intégration en français. De fait, c'est une solution qui internalise jusque dans le cœur des institutions pourtant de langue officielle française une concurrence des modèles d'intégration qui ne peut qu'être néfaste pour la clarté du message et pour le succès d'une francisation intégrale, c'est-à-dire une francisation qui fait de la langue française non pas un accessoire plus ou moins facultatif, mais bien le cadre normal et habituel des échanges et de la communication.

69. Statistique Canada, Recensement 2011.

70. *Ibid.*

71. *Ibid.*

72. *Ibid.*

Conclusion

Toutes ces mesures mises en place pour la première fois par le gouvernement québécois en 1991, réévaluées et renouvelées en 2005 et qui sont aujourd'hui sur le point d'être indirectement entérinées à nouveau avec le Projet de Loi 10, garantissent en somme aux locuteurs québécois d'expression anglaise, qui ne sont pas nécessairement des anglophones, un droit supplémentaire : celui d'être servis dans une langue autre que celle reconnue comme la langue officielle de la nation. Aucun autre groupe linguistique québécois n'a droit à un tel privilège et les francophones du reste du Canada ne bénéficient d'aucune mesure légale avec une portée comparable. L'État québécois permet et encourage ainsi la bilinguisation de son système de santé grâce à des dispositions légales qui risquent de forcer les établissements de santé à revoir, tranquillement, leurs politiques d'embauche de personnel. Ainsi, le système institutionnel est en contradiction avec les valeurs de la Loi 101.

Plutôt que de demander aux personnes d'expression anglaise, dans une logique utilitariste, de s'adapter au système en apprenant la langue de la majorité, le législateur, en 1986, a plutôt demandé au système de s'adapter à la minorité. Les mesures entourant l'article 15 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux tendent à une bilinguisation des institutions de santé du Québec, que cela ait été ou non la visée première des législateurs.

On note en outre un certain flou dans les directives soumises aux autorités du domaine de la santé pour encadrer l'accessibilité des services en anglais, notamment dans l'absence d'une variable unique et commune à toutes les ASSS pour identifier leur population d'expression anglaise.

Chaque programme d'accès est construit en vue d'offrir la gamme la plus complète possible de services en anglais et doit être révisé au moins tous les trois ans. Sachant que la loi prévoit qu'un établissement ne peut cesser de donner des services en anglais à moins d'une décision en ce sens du gouvernement (articles 619.29 et 619.44 de la Loi sur les services de santé et sur les services sociaux), on peut s'attendre avec ces conditions que le système de santé du Québec soit, à terme, complètement bilinguisé. En effet, l'expérience tout aussi bien que la littérature sur la concurrence des langues laisse présager que l'actuelle dérive de l'architecture institutionnelle entrainera à terme la bilinguisation complète du système de santé du Québec. L'augmentation du nombre de professionnels de la santé travaillant régulièrement ou le plus souvent en anglais au cours des dernières années est une manifestation de ce phénomène.

La réponse institutionnelle qu'a choisi de privilégier le gouvernement du Québec est en parfaite contradiction avec l'esprit de la Loi 101. Elle est de fait entièrement inspirée d'une loi concurrente, la Loi sur les langues officielles du Canada. La réponse institutionnelle québécoise pour tenter de composer avec les contradictions entre les deux cadres linguistiques constitue une reconnaissance de facto de la prédominance de l'esprit de la seconde sur la première. Il n'était pas nécessaire de changer l'architecture du système institutionnel pour adapter l'offre de services. Il n'est pas question ici de nier le bien-fondé et le droit à des services dans sa langue pour la minorité anglaise du Québec. Il faut néanmoins reconnaître que les pratiques et un certain laxisme juridico-administratif ont fait dériver cette préoccupation légitime du côté d'une offre prévue pour des requêtes éventuelles ou hypothétiques plutôt que de la garder centrée sur la prestation du service dans un contexte relationnel. Ainsi, l'offre a eu tendance à se déployer non pas sur les services consommés et la population réelle, mais bien plutôt sur des paramètres de couverture et de distribution destinés

à couvrir le territoire et non les personnes. À terme, cela finira par se traduire par un système aux caractéristiques institutionnelles littéralement en porte à faux avec la réalité linguistique de la population de son territoire de desserte. Un système bilinguisé deviendra ainsi un agent de bilinguisation en raison des synergies qu'il produira avec la concurrence des langues qui pèsent sur la situation québécoise. Pour que le français reste une force, il faut qu'il soit la seule langue du système institutionnel et il faut également que les situations d'adaptation requises pour l'offre de service à la minorité soient définies dans un espace de pratique centré sur la relation patient-soignant et non pas locuteur-institution. Un hôpital français peut très bien rendre possible une relation patient-médecin se déroulant en mandarin ou en algonquin par diverses mesures et modalités d'interprétation – et cela se fait chaque jour. Il n'y a aucune raison pour que le caractère français du système soit effacé pour faire une place à la consommation d'un service en langue anglaise. Ce n'est pas l'institution qui doit s'adapter à la diversité des langues, ce sont les conditions de prestation des services dans chaque contexte relationnel précis qui doivent être adaptées.

Bibliographie

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Charte de la langue française* (chapitre C-11)

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2)

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (chapitre A-8.1)

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les langues officielles* L.R.C. (1985), ch. 31 (4^e suppl.)

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (2007). *Programme d'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes d'expression anglaise en Abitibi-Témiscamingue*, 67 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT (2011). *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise du Bas-Saint-Laurent 2012-2015*, 28 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE (2011). *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise 2012-2015*, 38 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES (2011). *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la région de la Chaudière-Appalaches 2011-2014*, 33 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE NORD (2011). *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise de la Côte-Nord*, 26 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE (2012). *Programme régional d'accessibilité aux services en langue anglaise –Estrie 2012-2015*, 34 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE (2007). *Programme d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise*, 43 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (2011). *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise 2011-2014*, 33 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES (2012). *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise de la région des Laurentides 2012-2015*, 22 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (2012). *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise de la région de Laval – Une contribution à la personnalisation des soins et des services*, 39 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC (2007). *Politique régionale d'accessibilité linguistique aux services de santé et aux services sociaux*, 5 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2011). *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la Montérégie 2011-2014*, 77 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2012). *Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais pour les personnes d'expression anglaise de Montréal 2012-2015*, 40 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS (2011). *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes d'expression anglaise de l'Outaouais*, 36 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN (2011). *Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2011-2014*, 31 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2014). En ligne : <http://www.cmq.org/~media/Files/BInfo/BInfo528.pdf> Consulté le 6 novembre 2014.

COMITÉ CONSULTATIF DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE (2007). *Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français*, rapport au ministère fédéral de la santé, 58 p.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA LANGUE FRANÇAISE (2014). *L'usage des langues au travail dans le secteur public au Québec en 2011 – Un portrait statistique*, 59 p.

CURZI, Pierre (2013). *L'effet anglicisant du déséquilibre du financement des universités*, 85 p.

DUNSMUIR, Mollie (1991). *Le pouvoir de dépenser : portée et limites*, Bibliothèque du Parlement, 15 p.

FACULTÉ DES ARTS DE L'UNIVERSITÉ MCGILL (2013). *Programme de formation linguistique – profil global 2009-2013*, 47 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise*, 37 p.

PATRIMOINE CANADIEN (2013). *Feuille de route pour les langues officielles du Canada 2013-2018*, Secrétariat des langues officielles, 28 p.

PATRIMOINE CANADIEN (2008). *Feuille de route la dualité linguistique canadienne 2008-2013*, Secrétariat des langues officielles, 21 p.

POIRIER, Éric (2014). *La Charte de la langue française et l'abandon des moyens pour atteindre son objectif*, Institut de Recherche sur le Québec, 26 p.

QUEBEC COMMUNITY GROUP NETWORK (2014). En ligne : <http://www.qcgn.ca/notre-histoire/> Consulté le 6 novembre 2014.

QUEBEC COMMUNITY GROUP NETWORK (2014). En ligne <http://www.qcgn.ca/vision-et-mission/> Consulté le 6 novembre 2014.

RÉSEAU COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (2012). *Mémoire présenté au Comité permanent des langues officielles*, 5 avril 2012, 12 p.

RÉSEAU COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (2012). « Consultation a community initiative », *Community NetLink*, volume 17, Winter 2012, 8 p. [http://www.chssn.org/Document/NetLink/NETLINK_Volume_17.pdf]

RÉSEAU COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (2011). *Baseline Data Report 2010-2011 : English language Health and Social Services Access in Québec*, 91 p.

RICHARD, Marie-Claude, MALTAIS, Danielle, BOURQUE, Denis, SAVARD, Sébastien et TREMBLAY, Marielle (2007). « La fusion des établissements de santé et de services sociaux - Recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts », *Nouvelles pratiques sociales*, Volume 20, numéro 1, automne 2007, p. 151-164

SABOURIN, Patrick et THIBAUDIN, Henri (2011). *Francisation des milieux de travail : les gouvernements prêchent-ils par l'exemple?* Note de l'Institut de recherche sur le français en Amérique, octobre 2011.

SANTÉ CANADA ET L'AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2013). *Évaluation du Programme de contribution pour les langues officielles en santé 2008-2012*, 65 p.

SERRÉ, Pierre, « Quelle communauté anglo-québécoise? », *L'Action nationale*, numéro mars-avril 2013, pp.125-202.

SOCIÉTÉ SANTÉ EN FRANÇAIS (2014). En ligne : <http://www.santefrancais.ca/la-societe/notre-histoire> Consulté le 6 novembre 2014.

STATISTIQUE CANADA, *Recensements de 1971 à 2011*.

STATISTIQUE CANADA. « Première langue officielle parlée », *Dictionnaire du recensement* [<http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/ref/dict/pop034-fra.cfm>]

THIBAUDIN, Henri (2011) *L'offre d'emploi de langue minoritaire des institutions publiques au Québec et au Canada*, Institut de recherche en économie contemporaine, 61 p.

TREMPE, Normand et Marie-Hélène LUSSIER (2011). *Knowledge and Use of the English Language by Healthcare and Social Services Professionals in Québec*, Institut national de santé publique du Québec, 12 p.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (2014). En ligne : <http://www.ruis.umontreal.ca/a-propos-du-ruis-de-ludem/origines.html> (Consulté le 6 novembre 2014).

Annexes

Annexe 1. Liste des établissements désignés et indiqués

N.B. : Les établissements en **rouge** sont désignés.

RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES

BAS-SAINT-LAURENT

ÉTABLISSEMENTS OFFRANT DES SERVICES EN ANGLAIS

Centre de santé et de services sociaux de la Mitis

Le Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski

SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

Carrefour de santé de Jonquière

Le Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Centre de santé et de services sociaux Cléophas-Claveau

CAPITALE NATIONALE

Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille Capitale

Centre hospitalier universitaire de Québec

Centre jeunesse de Québec

Hôpital Jeffery Hale

Hôpital Laval

Saint Brigid's Home inc.

MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Centre de santé et de services sociaux du Saint-Maurice

Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie

Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières

Centre de santé et de services sociaux Bécancour-Nicolet-Yamaska

ESTRIE

Centre d'accueil Dixville inc.

Centre de santé et de services sociaux de la MRC-D'Asbestos
 Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de Coaticook
 Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François
 Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François
 Centre de santé et de services sociaux du Memphrémagog
 Centre de santé et de services sociaux du Granit
 Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
 Centre jeunesse de l'Estrie
 CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
 Foyer Wales

La Maison-Blanche de North Hatley
 Le Centre Jean-Patrice Chiasson/Maison Saint-Georges (CR)

MONTREAL

Centre de réadaptation Estrie inc.
 Centre d'accueil Denis-Benjamin Viger
 Centre d'accueil Father Dowd-Father Dowd Home
 Centre d'accueil Le Programme de Portage inc.
 Centre d'accueil Saint-Margaret
 Centre de réadaptation Constance Lethbridge
 Centre de réadaptation de l'ouest de Montréal
 Centre de santé et services sociaux de la Pointe-de-l'Île
 Centre de santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'Île
 Centre de santé et de services sociaux Cavendish
 Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance
 Centre de santé et de services sociaux Lucille Teasdale
 Centre de réadaptation Lisette-Dupras
 Centre hospitalier de l'Université de Montréal,
 Centre hospitalier de St-Mary
 Centre hospitalier gériatrique Maimonides
 Centre Mackay

Centre Miriam
 Centre universitaire de santé McGill
 C.H.S.L.D. Bayview inc.
 CHSLD Bussey (Québec) inc.
 CHSLD juif de Montréal
 Château Westmount inc.
 Clinique communautaire de Pointe-St-Charles
 CR en déficience intellectuelle Gabrielle-Major
 CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord
 CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent
 CSSS de Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension
 CSSS de La Petite-Patrie et Villieray
 CSSS de LaSalle et du Vieux Lachine
 CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel
 CSSS de Verdun/Côte-Saint-Paul, Saint-Henri et Pointe-Saint-Charles
 Havre-Jeunesse
 Hôpital Catherine Booth de l'Armée du Salut
 Hôpital Douglas
 Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
 Hôpital Maisonneuve-Rosemont
 Hôpital Mont-Sinaï
 Hôpital Shriners pour enfants (Québec) inc.
 La corporation du Centre hospitalier gériatrique Maimonides
 L'Association montréalaise pour les aveugles
 Le Centre Dollard-Cormier
 Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw
 Les Foyers presbytériens de St-Andrew inc.
 Les résidences montréalaises de l'Église unie pour personnes âgées
 L'hôpital de réadaptation Lindsay
 L'hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
 L'Institut de réadaptation de Montréal

	Maison Élizabéth
	Manoir Pierrefonds inc.
	Services de réadaptation l'Intégrale
	Vigie Santé ltée
OUTAOUAIS	Centre de santé et de services sociaux de Gatineau
	Centre de santé et services sociaux de Papineau
	Centre de santé et services sociaux des Collines
	Centre de santé et de services sociaux du Pontiac
	Centre Jellinek
	Centre de réadaptation La Ressource
	CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau
	La Corporation du Centre hospitalier Pierre-Janet
	Les Centres jeunesse de l'Outaouais
	Pavillon du Parc inc.
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or
	Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales
	Centre de santé et de services sociaux du Lac Témiscamingue
	Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda
	Centre Jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue
	Clair Foyer inc.
	CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa
	CSSS Les Eskers de l'Abitibi
CÔTE-NORD	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
	Centre de santé de la Basse-Côte-Nord
	Centre de santé et de services sociaux de l'Hématite
	Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles
NORD-DU-QUÉBEC	Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	Centre de santé et de services sociaux de la Côte-de-Gaspé
	Centre de santé et de services sociaux Baie-des-Chaleurs

	Centre de santé et de services sociaux des Îles
	Centre de santé et de services sociaux du Rocher-Percé
	Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles
	Le Centre de réadaptation de la Gaspésie
CHAUDIÈRE-APPALACHES	Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral
	CSSS de la région de Thedford
	Hôtel-Dieu de Lévis
	Les Centres jeunesse Chaudière-Appalaches
LAVAL	Centre de santé et de services sociaux de Laval
	Centre jeunesse de Laval
	CRDI Normand-Laramée
	Hôpital Juif de réadaptation
	Manoir St-Patrice inc.
	Santé Courville inc.
LANAUDIÈRE	Centre de santé et de services sociaux du nord de Lanaudière
	Centre de santé et de services sociaux du sud de Lanaudière
	CHSLD de la Côte Boisée inc.
	CHSLD Heather inc.
	Les Centres jeunesse de Lanaudière
LAURENTIDES	Centre de santé et de services sociaux des Pays-d'en-Haut
	Centre de santé et de services sociaux d'Argenteuil
	Centre de santé et de services sociaux des Sommets
	CHSLD Deux-Montagnes inc.
	Centre de santé et de services sociaux de Thérèse-de-Blainville
	Centre jeunesse des Laurentides
	Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-deux-Montagnes
	CSSS Rivière-du-Nord/Nord-de-Mirabel
	Résidence de Lachute
MONTÉRÉGIE	Centre de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Soulanges

Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent
Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska
Centre de santé et de services sociaux Jardins-Roussillon
Centre de santé et de services sociaux Richelieu-Yamaska
Centre de santé et de services sociaux Champlain
Centre de santé et de services sociaux de la Pommeraie
Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher
Centre d'hébergement C.P.L. Argyle inc.
Centre jeunesse de la Montérégie;
CR en déficience intellectuelle Montérégie-Est
CSSS Haut-Richelieu-Rouville
Hôpital Charles-LeMoine
Les Services de réadaptation du sud-ouest et du Renfort
Pavillon Foster

Annexe 2 : Carte des régions sociosanitaires du Québec

