

***PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCESSIBILITÉ
AUX SERVICES EN LANGUE ANGLAISE***

ESTRIE

2007-2010

*Adopté par le conseil d'administration de l'Agence
Le 27 février 2007*

**Note : Document adopté par le conseil d'administration de l'Agence
et soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux
pour adoption par décret gouvernemental**

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES UTILISÉS	1
INTRODUCTION	2
CHAPITRE I Contexte légal et organisationnel	3
CHAPITRE II Population visée et ses besoins	5
CHAPITRE III Démarche régionale de révision du programme	11
CHAPITRE IV Situation en Estrie en 2006	13
• Constats.....	13
• Appréciation des moyens et des ressources	13
• Appréciation des services	15
• Autres mesures pouvant favoriser l’accessibilité.....	16
• Secteurs à prioriser.....	17
CHAPITRE V Plan d’action	18
• Plan d’action : fil conducteur du programme d’accessibilité.....	18
• Accessibilité.....	18
• Qualité.....	18
• Continuité	19
• Objectifs opérationnels	20
CHAPITRE VI Mise en œuvre du programme	25
CHAPITRE VII Suivi et évaluation du programme d’accessibilité	25
• Évaluation du programme	25
• Suivi du plan d’action	25
• Évaluation des résultats du programme régional.....	26
• Mandats et responsabilités	27
CHAPITRE VIII Services requis en langue anglaise	28
ANNEXES	
Répartition de la population totale selon la première langue officielle	41
Répartition de la population masculine selon la première langue officielle.....	42
Répartition de la population féminine selon la première langue officielle.....	43

SIGLES UTILISÉS DANS LE DOCUMENT

ADS :	Analyse différenciée de sexes
Agence :	Agence de la santé et des services sociaux
CH :	Centre hospitalier
CHSSN :	Community Health and Social Network
CLSC :	Centre local de services communautaires
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
CSSS-IUGS :	Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
LPJ :	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA :	Loi concernant le système de justice pénal pour les adolescents
LSSSS :	Loi sur les services de santé et de services sociaux
MRC :	Municipalité régionale de comté
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PI :	Plan d'intervention
PSI :	Plan de service individualisé
RI :	Ressources intermédiaires
RTF :	Ressources de type familial
RUIS :	Réseau universitaire intégré de services
TRP :	Techniciens en réadaptation physique
TS :	Travailleur social

INTRODUCTION

Le droit des personnes d'expression anglaise à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise a été affirmé expressément par la Loi modifiant de nouveau la Loi sur les services de santé et les services sociaux, sanctionnée le 19 décembre 1986.

En 1991, la nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) réaffirme à l'article 15, le droit de toute personne d'expression anglaise de recevoir des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, dans la mesure où le prévoit un programme d'accessibilité visé à l'article 348 de cette loi. Ce droit et les obligations qui en découlent ont été maintenus à travers les différentes modifications apportées à la Loi depuis ce temps, les plus récentes modifications étant survenues suite à l'adoption des lois 25 et 83.

Suite aux récentes transformations du réseau de la santé et des services sociaux, le Ministère a entrepris la mise à jour du *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* produit en 1994. La version 2006 du cadre présente les assises légales et organisationnelles des programmes d'accès ainsi que les orientations privilégiées pour desservir les personnes d'expression anglaise du Québec. Selon la démarche proposée, les agences doivent déposer leur programme d'accessibilité au MSSS au plus tard le 31 janvier 2007.

C'est en fonction de trois grands principes que le cadre de référence a été présenté aux agences. Il est souhaité que le résultat du processus de révision :

- permette l'intégration harmonieuse du programme d'accessibilité dans le système de santé fondé sur les réseaux locaux et sur les nouvelles responsabilités populationnelles;
- traduise un niveau de flexibilité permettant la révision du programme existant et le développement de nouveaux modèles dans le but d'améliorer la réponse aux besoins des personnes d'expression anglaise et l'arrimage avec les projets cliniques;
- assure la cohabitation du droit aux services en langue anglaise et du droit des intervenants de travailler et d'exercer leurs activités en français.

L'objectif du programme d'accessibilité demeure sensiblement le même, soit *d'assurer aux personnes d'expression anglaise l'accessibilité à une gamme de services de santé et de services sociaux dispensés en langue anglaise par les établissements, soit dans leur localité, dans leur région, ou le cas échéant, dans une autre région.*

La révision du Programme régional d'accessibilité des services en langue anglaise de l'Estrie a été réalisée en fonction de ces paramètres et obligations. Le résultat de cette démarche est présenté ici.

CHAPITRE I

CONTEXTE LÉGAL ET ORGANISATIONNEL

Outre les articles 1 à 14 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) qui traitent des droits de l'ensemble des usagers des services de santé et des services sociaux, quelques articles portent sur les droits particuliers des usagers d'expression anglaise.

L'article 15 assure aux personnes d'expression anglaise « *le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent des services et dans la mesure ou le prévoit un programme d'accessibilité visé à l'article 348* ».

Cet article 348 oblige une agence de la santé et des services sociaux à « élaborer, en collaboration avec les établissements, un programme d'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise 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 région. Un tel programme d'accessibilité doit tenir compte des ressources humaines, matérielles et financières des établissements et inclure tout établissement de la région qui est désigné en vertu de l'article 508 ».

Par cet article 508, le gouvernement « désigne parmi les établissements reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française ceux qui sont tenus de rendre accessibles aux personnes d'expression anglaise, les services de santé et les services sociaux en langue anglaise ». Suite à la plus récente mise à jour de la liste des établissements reconnus, les suivants peuvent être désignés : Le CSSS-IUGS, le Foyer Wales, le Centre d'accueil Dixville du Regroupement CNDE-Dixville. Cela signifie donc que l'offre de service en langue anglaise en Estrie doit être complétée par d'autres établissements.

Dans le but d'assurer la participation des personnes d'expression anglaise à l'élaboration du programme d'accessibilité, la Loi prévoit, entre autres, la formation de comités régionaux (article 510) chargés de donner leur avis à l'Agence sur le programme d'accessibilité qu'elle « *élabore conformément à l'article 348, d'évaluer ce programme d'accessibilité et, le cas échéant, d'y suggérer des modifications* ».

En outre, le gouvernement a, par règlement, formé un comité provincial (article 509) chargé de donner son avis sur « *l'approbation, l'évaluation et la modification par le gouvernement de chaque programme d'accessibilité élaboré par une agence conformément à l'article 348* ».

En Estrie, un comité d'accessibilité, composé de représentants et représentantes de la communauté d'expression anglophone et des établissements, est en place depuis 1987.

L'adoption du projet de Loi 83 (en 2005), dont le but est de rapprocher les services de la population et de faciliter le cheminement des usagers dans le réseau, est venue préciser les rôles et responsabilités des agences et aussi ceux des autorités locales et régionales à l'égard des populations de leurs territoires. Ainsi, les agences doivent faciliter le développement et la gestion de réseaux locaux de services, assurer la coordination des services avec les autres régions, soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes visant à répondre aux besoins de services. Les instances locales (centres de santé et de services sociaux) doivent pour leur part définir des projets cliniques dans le respect des nouvelles responsabilités qui leur sont confiées.

La responsabilité de la révision des programmes d'accès est dévolue aux agences de la santé et des services sociaux. Cette révision doit se faire dans le respect des deux principes fondamentaux de la réforme : la responsabilité populationnelle partagée par l'ensemble des partenaires du réseau local et la hiérarchisation des services.

Dans le cadre de la mise en œuvre des mesures découlant des projets de Lois 25 et 83, sept instances locales ont été créées en Estrie. Ces instances doivent développer des réseaux de services sur leur territoire qui permettront d'atteindre les objectifs d'accessibilité, de qualité et de continuités des services de santé et des services sociaux. L'élaboration des projets cliniques et organisationnels qui se fera aux cours des prochaines années est au cœur de la responsabilité populationnelle. Rappelons que les projets cliniques doivent tenir compte des besoins spécifiques de la communauté d'expression anglaise.

CHAPITRE II

POPULATION VISÉE ET SES BESOINS

Population visée

Les personnes d'expression anglaise sont celles qui, dans leurs relations avec un établissement qui dispense des services de santé ou des services sociaux, manifestent le désir de recevoir des services en langue anglaise ou se sentent plus à l'aise d'exprimer leurs besoins en cette langue.¹

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a retenu la variable « *première langue officielle parlée* » (PLOP) comme celle qui présente le portrait le plus fidèle de la clientèle ciblée par ce programme. Cette variable tient compte de la connaissance des langues officielles, de la langue maternelle et de la langue parlée à la maison. Les données utilisées dans le cadre de ce programme sont issues du recensement 2001 de Statistiques Canada. Afin de respecter les orientations ministérielles en regard de l'ADS, (analyse différenciée de sexes), les données sont traitées par sexe lorsque disponibles.

D'après le recensement de 2001, la région de l'Estrie compte 279 700 habitants. 22 730 (8,1%) de ces personnes sont d'expression anglaise (PLOP). Depuis le recensement de 1991, le nombre de personnes d'expression anglaise de la région a subi une baisse d'environ 1 400 personnes (1%). Le plus important groupe, 8 415 personnes, se trouve dans la MRC de Memphrémagog tandis que Sherbrooke en compte 6 735. Viennent ensuite le Val-Saint-François 2 340, le Haut-Saint-François 2 590 et Coaticook 1 890, alors que la MRC du Granit compte 265 anglophones et Asbestos 480.

Au cours de la période de 1991-2001, le nombre de personnes d'expression anglaise a augmenté dans les MRC de Memphrémagog (+ 542), Haut-Saint-François (+127) et Coaticook (+495). Ces augmentations seraient en partie imputables aux réaménagements des territoires MRC. Pour la même période, on note des baisses de population anglophone dans les quatre autres territoires de l'Estrie : Sherbrooke (-1774), Val-Saint-François (- 210), Asbestos (-153) et le Granit (-40).

Rappelons que le caractère touristique et la situation géographique de la région ainsi que l'importante population étudiante des niveaux collégial et universitaire font en sorte que ces statistiques représentent un minimum en terme de masse critique de clientèle d'expression anglaise pouvant demander d'obtenir un service dans sa langue.

À titre indicatif, le tableau 1 présente les données utilisées pour l'élaboration du programme d'accessibilité de 1999. Ces données provenaient du recensement de 1991.

¹ Voir : Assemblée nationale. Journal des débats, le jeudi 8 décembre 1986, pages 4930-4943 et le mercredi 10 décembre 1986, page 5129.

TABLEAU 1
PROFIL DE LA CLIENTÈLE ANGLOPHONE PAR MRC - 1999
 (selon la première langue officielle parlée- Statscan 1991)

<i>MRC</i>	<i>Population anglophone</i>	<i>0-14 ans</i>		<i>15-65 ans</i>		<i>65 ans et +</i>	
Granit	(225)	55	(24 %)	150	(67 %)	20	(9 %)
Asbestos	(500)	50	(10 %)	280	(55 %)	170	(35 %)
Haut-Saint-François	(2 915)	555	(19 %)	1 830	(63 %)	530	(18 %)
Val-Saint-François	(2 650)	485	(18 %)	1 645	(62 %)	520	(20 %)
Sherbrooke	(7 935)	1 220	(12 %)	5 030	(66 %)	1 690	(22 %)
Coaticook	(1 535)	380	(25 %)	995	(63 %)	160	(12 %)
Memphrémagog	(8 130)	1 435	(18 %)	4 980	(61 %)	1 715	(21 %)
Estrie : total	23 895	4 180		14 910		4 805	

1999-05-31

La tableau 2 présente la répartition de la population d'expression anglaise de la région selon Statscan 2001. Pour un portrait plus précis, le lecteur est invité à prendre connaissance des données sur la première langue officielle parlée (Annexes) qui présente le portrait du Québec, de l'Estrie et des sept territoires de CSSS par groupe d'âge et par sexe.

TABLEAU 2
Répartition de la population selon la première langue officielle parlée

		Total - Sexe				
		Total - Première	Anglais	Français	Anglais et français	Ni l'anglais ni le français
05 - RSS de l'Estrie	Total - Groupe d'âge	279700	22730	255075	1325	570
	0 - 4 ans	14820	1045	13450	95	225
	5 - 17 ans	48085	3680	44080	245	85
	18 - 29 ans	43780	2835	40570	315	60
	30 - 64 ans	137165	10780	125635	575	175
	65 - 74 ans	21380	2285	19015	55	25
	75 ans et plus	14470	2105	12330	40	0

Besoins

Les systèmes d'information actuels du réseau de la santé et des services sociaux sont limités en ce qui concerne les indicateurs sur la référence linguistique. Par conséquent, et tel que prévu dans *l'Aide Mémoire pour l'élaboration des projets cliniques* produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le portrait de la population d'expression anglaise et de ses besoins présentés ici est basé sur :

- la documentation portant sur la clientèle d'expression anglaise;
- une consultation sur ces études auprès des représentants de la communauté anglophone;
- une consultation des partenaires;
- une consultation de certains professionnels du réseau quant à leur perception des besoins;
- le traitement qualitatif des données socio-économiques et démographiques disponibles.

Les principales sources d'information utilisées pour dresser le portrait des besoins et des attentes de la population d'expression anglaise sont :

- *A Time for Change* (mars 2004) produit pour le compte de l'Association des Townshippers;
- *l'Évolution de la situation démographique des communautés anglophones dans les Cantons-de-l'Est* (mars 2004), William Floch et Jan Warnke;
- le *Rapport de données de base 2005-2006 Accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais au Québec* (février 2006) du Community Health and Social Services Network (CHSSN).²

Des rencontres et des échanges avec divers acteurs du milieu, notamment le Comité régional d'accessibilité des services en langue anglaise, le Comité santé et services sociaux de l'Association des Townshippers ainsi que les responsables de la révision du programme d'accessibilité dans les établissements du réseau apportent un complément à ces informations.

Le *Rapport de données de base du CHSSN* provient d'entrevues téléphoniques réalisées entre le 16 mai et le 5 juillet 2005 auprès de 3 129 québécois anglophones et 1 002 francophones. Le rapport dresse le portrait suivant de la population d'expression anglaise de l'Estrie et de l'accès aux services de santé et de services sociaux :

- la population *anglophone 65+ ans* est proportionnellement plus importante en Estrie qu'ailleurs au Québec;
- le ratio de *proches aidants* (35 à 64 ans) versus *personnes âgées* est très bas (1,5 proche/personne âgée anglophone). Dans la population francophone, ce ratio est de 3 soignants/personne âgée. On en déduit donc un fardeau plus grand pour les proches aidants et des besoins plus importants chez les personnes âgées;
- la proportion d'anglophones de *15+ ans sans diplôme d'études secondaires* est plus importante que celle des francophones; le décrochage scolaire l'est aussi;
- la population d'anglophones dans la cohorte de *25-65 ans sous le seuil de faible revenu* est 20% plus haute que chez les francophones;
- les anglophones estriens sont deux fois plus susceptibles que ceux des autres régions à recourir à une ressource communautaire en cas de maladie. Ils sont moins enclins que les francophones à faire appel aux services sociaux publics;
- le phénomène d'exode des jeunes d'expression anglaise est important.

En regard des services de santé et des services sociaux en langue anglaise en Estrie, le Rapport fait les constats suivants :

- 87,2% des personnes d'expression anglaise de l'Estrie trouvent qu'il est très important de recevoir des services (soins de longue durée, maintien à domicile, soins infirmiers) en anglais;
- 82% des répondants disent avoir été servis en anglais par un médecin en cabinet ou clinique privée;
- 67,8% des répondants estriens disent avoir été servis spontanément en anglais dans un CLSC; le service en question (autre qu'Info-santé) leur a été offert dans 3/4 des cas, tandis que l'autre 1/4 des répondants a dû demander d'être servi en anglais;

² Community Health and Social Services Network : un réseau d'organismes et de ressources communautaires et d'institutions publiques qui s'efforce d'assurer l'accès aux services de santé et de services sociaux aux collectivités anglophones du Québec.

- 59% des répondants disent avoir été servis en anglais par Info-Santé; ceci est inférieur à la moyenne du Québec (63%);
- en salle d'urgence et dans les cliniques externes de l'Estrie, 51,4% disent avoir été servi en anglais; parmi ceux qui ont été servis en français, 2 répondants sur 5 avaient demandé d'être servi en anglais;
- lors de séjour de plus de 24 heures en centre hospitalier, 52,5 % des répondants ont été servis en anglais; de ce nombre, 7 personnes sur 10 se sont fait offrir les soins en anglais alors que 3 sur 10 ont dû le demander;
- questionnés sur leur réticence à réclamer le service en anglais, les répondants ont identifié les principaux motifs suivants : gênés de demander (19,6%); peur de demander (11%); peur d'une réponse négative (12,6%); peur d'imposer un fardeau au personnel (27,9%); risque de retard (20,9%) pour obtenir le service;
- en regard de l'information sur les services en anglais, 30% des répondants disent en avoir reçu au cours des deux années. Ils ont obtenu cette information par circulaire (64%), les journaux (32%), les organismes communautaires (34%). Quant aux informations sur des programmes de prévention et de promotion, l'information provenait de l'école (35%), d'organismes communautaires (31%) et du système de santé (21%);
- alors que la moyenne du Québec se situe à 45,9%, le taux de satisfaction en regard de l'accès des services en langue anglaise est de 36,8% en Estrie.

Parmi les divers secteurs qui ont fait l'objet de l'enquête, la situation d'Info-Santé, celle des salles d'urgence et des séjours de plus de 24 heures en centre hospitalier méritent d'être revues.

A Time for Change, une évaluation qualitative repose sur l'information recueillie auprès de 12 « focus groups » et d'entrevues de six personnes clés de la communauté d'expression anglaise. En regard des services de santé et des services sociaux, le document fait état des besoins suivants :

- de l'information plus fluide et centralisée sur les services; une campagne d'information;
- un comptoir unique permettant l'accès à une gamme de services et à une référence facile;
- une meilleure harmonisation des différents CLSC (CSSS) basée sur les besoins de la population locale;
- l'accès à un médecin de famille anglophone;
- l'accès aux services à domicile;
- un système de transport.

Les problématiques prioritaires identifiées par les répondants dans *A Time for Change* sont :

- les problèmes sociaux (les abus de jeunes et de personnes âgées, les dépendances, la pauvreté et le chômage, le stress, le suicide);
- l'accès aux services (connaissance de l'offre de service des CSSS et des modes de fonctionnement des établissements);
- la langue;
- les maladies chroniques;
- les habitudes de vie (l'alimentation et l'obésité, la consommation de médicaments et la surmédication);
- la santé mentale;
- l'environnement (problèmes environnementaux qui causent la maladie).

A Time for Change propose :

- de consolider les liens entre les CLSC (devenus CSSS) et les personnes d'expression anglaise de leur territoire (disponibilité de documents, traduction de documents, formation en anglais langue seconde du personnel, rencontres périodiques avec la population anglophone, Networking and Partnerships Initiative du Canada, etc.);
- de mettre en place un guichet unique régional pour la population anglophone;
- de développer une stratégie pour remédier au manque de rapports/communication entre les établissements, les leaders de la communauté et les usagers d'expression anglaise;
- d'identifier le panier de services de base disponible dans tous les CLSC (CSSS);
- de mettre en place un comité représentatif de l'ensemble de la population;
- d'examiner la mise en place du modèle *Holland Centre* de Québec (modèle de services centralisés);
- de continuer de bénéficier de fonds fédéraux afin de soutenir les efforts de réseautage;
- de développer une stratégie de recrutement de médecins bilingues;
- d'établir des partenariats avec le milieu francophone afin d'assurer la formation en anglais langue seconde du personnel;
- de trouver des façons d'assurer la représentativité anglophone sur les conseils d'administration des établissements;
- d'examiner la possibilité de mettre en place des services aux jeunes adultes autour du campus de Bishop's.

Particularités

A Time for Change identifie aussi certaines forces et faiblesses de la communauté anglophone. Parmi les éléments positifs qui le caractérisent, le milieu anglophone estrien reconnaît et apprécie la qualité des services offerts dans les établissements de l'Estrie ainsi que les efforts déployés par le réseau à l'égard de la population anglophone. Des forces constructives sont présentes au sein de cette communauté. L'esprit de solidarité et le sentiment d'appartenance de ses membres sont forts. Les sentiments de confiance et d'assurance de la communauté sont bons. Ceux-ci reposent d'une part sur ses forces et d'autre part sur ses relations avec ses voisins d'expression française par lesquels elle se considère « acceptée » et « appréciée ».

Le rapport identifie les faiblesses suivantes de la communauté :

- la dispersion de la population anglophone sur le territoire estrien;
- le vieillissement de la population;
- l'appauvrissement de la population.

Dans le document produit par Floch et Warnke, *l'Évolution de la situation démographique des communautés anglophones dans les Cantons de l'Est*, on fait mention :

- du déclin démographique continu;
- de population vieillissante;
- de faiblesses socio-économiques (emploi et éducation) des jeunes cohortes (15-24 et 25-44 ans) par rapport à leurs aînés et leurs voisins francophones;

- des femmes confrontées à des défis relatifs à l'accès au marché du travail et à la responsabilité des enfants à charge ... ainsi qu'à leurs aînés.

Perception du réseau

Les rencontres avec les principaux acteurs associés à la demande de révision du programme (comité régional porteur du dossier dans les établissements) ajoutent les éléments suivants au portrait de l'accès des services en langue anglaise :

BESOINS

- Traduction de documents et d'une plus grande concertation/complémentarité entre les CSSS à ce niveau;
- Formation continue en anglais langue seconde du personnel.

PROBLÉMATIQUES

- Peu ou pas de lien formel ni de concertation entre le réseau de la santé et des services sociaux et le milieu scolaire anglophone;
- Difficulté importante de recrutement et de rétention de main-d'œuvre; difficulté supplémentaire lorsqu'on doit exiger la connaissance de l'anglais pour l'obtention d'un poste;
- Pénurie de ressources; difficulté engendrée par l'absence de masse critique d'anglophones sur un territoire, dans un programme ou dans un service particulier;
- Respect de la volonté des résidents de langue anglaise hébergés en CHSLD de ne pas être regroupés sur un site ou dans une aile alors que la logique exigerait de les regrouper pour créer un environnement compatible;
- Questionnement en regard de la garde 24/7 en soins infirmiers.

DÉFI

Composer avec la culture anglophone.

PISTES

- Mettre en commun la documentation traduite via une banque régionale;
- Évaluer de façon systématique les compétences en langue anglaise du personnel, surtout lors de l'embauche;
- Inclure la notion de qualité de la langue dans laquelle le service est rendu dans l'agrément des établissements.

CHAPITRE III

DÉMARCHE RÉGIONALE DE RÉVISION DU PROGRAMME D'ACCESSIBILITÉ

Le Programme régional d'accessibilité des services en langue anglaise de l'Estrie, adopté en 1999, prévoyait l'évaluation des mesures mises en place pour assurer l'accès des services en langue anglaise. Comme les systèmes d'information en usage dans le réseau sont limités en ce qui concerne les indicateurs sur la langue, il a été impossible de suivre l'évolution des services à ce niveau. Par contre, un Plan de travail sur la révision du Programme d'accessibilité de l'Estrie a été adopté par l'Agence, en mai 2006.

Afin de répondre aux exigences du MSSS, les composantes suivantes du Plan de travail actions ont été identifiées :

- diffusion du plan de travail dans les établissements et auprès du comité régional d'accessibilité;
- identification d'un porteur de dossier dans chaque établissement;
- présentation du plan de travail au Comité régional d'accessibilité ainsi qu'au Comité santé et services sociaux des Townshippers;
- rencontre des porteurs de dossier dans chaque établissement;
- rédaction d'un document préliminaire;
- validation du document par les porteurs de dossier;
- bonification du document préliminaire;
- validation du document préliminaire par le Comité régional d'accessibilité;
- consultation publique;
- compilation des avis et commentaires reçus;
- rédaction d'une version finale soumise aux conseils d'administration des établissements;
- adoption des résolutions par les conseils d'administration des établissements concernés menant à la présentation du dossier au conseil d'administration de l'Agence pour adoption.

Conscient de la fragilité du programme d'accessibilité, il a été convenu avec les acteurs associés à son élaboration que la version 2007-2010 contiendrait un plan d'action pour appuyer l'offre de service faisant l'objet du décret gouvernemental.

Chacun des acteurs principaux associés à la révision du dossier (porteurs, comités, etc.) a donc été invité à :

- prendre connaissance du cadre de référence du MSSS et des données sur la population anglophone;
- examiner l'offre actuelle de service en langue anglaise ainsi que les modalités d'accès et les ressources disponibles en regard de la liste des services identifiés dans le décret de 1999;
- se prononcer sur le degré d'accessibilité de l'ensemble des services nommés dans le programme 1999-2002;
- se prononcer sur les besoins et les particularités de la population cible;

- prendre connaissance des attentes du MSSS et de l'Agence.

Comme la liste de services propres aux nouveaux programmes/services n'était pas disponible au moment d'amorcer la démarche de révision, il a été convenu d'utiliser la nouvelle nomenclature lorsque disponible et de laisser à chaque établissement le soin d'utiliser sa propre liste de services en attendant la parution d'un panier de services dans tous les programmes-services. Il a aussi été question des services fournis hors région ainsi que des services offerts dans les RUIS (réseaux universitaires intégrés de services) en regard des services spécialisés et sur-spécialisés.

Notons qu'il a été établi avec les partenaires que *l'accessibilité linguistique est basée sur le concept que la personne qui demande un service en langue anglaise peut obtenir la réponse à sa demande dans cette langue, soit directement ou par personne interposée*. C'est d'ailleurs la pratique en Estrie depuis 1995.

CHAPITRE IV

SITUATION EN ESTRIE EN 2006

Les constatations qui suivent sont issues de la documentation nommée précédemment, des échanges avec les acteurs du milieu, ainsi que des dossiers de plaintes, de cas documentés et de débats du Comité régional d'accessibilité des services en langue anglaise.

Constats

La perception générale indique que depuis l'adoption des premiers décrets sur l'accès des services en langue anglaise en 1989, la mise en œuvre du programme, dans sa version de 1989 autant que celle de 1999, fut un succès et que des progrès furent réalisés en regard du nombre d'établissements impliqués, des services accessibles, de la variété et de l'étendue des services et des mesures mises en place pour assurer l'accessibilité.

Le programme a permis au réseau de prendre en compte les besoins et les particularités de la population d'expression anglaise de l'Estrie lors des changements majeurs survenus en santé et services sociaux entre 1989 à 2006. Cette opération a aussi permis aux établissements, de concert avec les représentants de la population, de faire les adaptations nécessaires afin d'assurer aux usagers d'expression anglaise les mêmes possibilités d'accès aux services que les usagers francophones.

Le plan d'action de 1999 a permis de faire des progrès sur un certain nombre d'éléments qui avaient été jugés problématiques lors de l'évaluation de 1995. La définition de « personne d'expression anglaise » ne semble plus porter à confusion. Les responsabilités du réseau en regard de la disponibilité et de la diffusion de l'information sur les services auprès à la population anglophone ainsi que de la mécanique de l'offre et de la demande de service en langue anglaise sont mieux comprises et assumées par les prestataires de services.

Même si des progrès ont été réalisés, il n'en demeure pas moins que le programme d'accessibilité est un « work in progress » qui nécessite une attention et un soutien continus, comme en témoigne les recherches citées dans le chapitre 2, sans quoi le droit de l'utilisateur anglophone risque d'être noyé dans la multitude d'exigences légales et d'attentes de toute sortes qui sont exercées sur le réseau. L'adoption du projet de Loi 83 et la mise en œuvre de *mesures visant à atteindre les objectifs d'accessibilité, de qualité et de continuité des services* contenues dans cette loi devraient, en complément des programmes d'accès, permettre de faire d'autres gains en regard du respect des droits des personnes d'expression anglaise.

Appréciation des moyens et des ressources

La traduction en langue anglaise de documents en réponse au développement des services dans le milieu a certes été appréciable. Dans chaque établissement et dans les différents programmes, des travaux de traduction ont été réalisés permettant aux usagers d'expression

anglaise d'avoir des informations et des instructions sur la santé et les services sociaux ainsi qu'une plus grande connaissance du réseau. Ces travaux ont été réalisés en grande partie à même les budgets des établissements. Ces initiatives ont été soutenues financièrement en partie par le biais d'une enveloppe réservée à cette fin par l'Agence.

Des tournées d'information ont été réalisées à deux reprises dans toutes les MRC grâce à une collaboration entre l'Association des Townshippers, les CLSC et les établissements régionaux. Portant sur l'offre de service en langue anglaise, ces rencontres ont permis à la population d'expression anglaise d'échanger avec les représentants des établissements nommés au programme d'accessibilité.

Dans certains établissements, c'est devenu une pratique d'évaluer le niveau de connaissance de la langue anglaise du nouveau personnel lors de l'embauche. Ceci permet aux gestionnaires d'avoir une certaine latitude en regard de la façon de prendre en compte et de respecter, d'une part le droit au travail en français et d'autre part, le droit aux services en langue anglaise. En complément à cette mesure et à même leur budget, les établissements ont organisé et offert des sessions de formation d'appoint en anglais langue seconde aux employés en situation d'intervention auprès des usagères et usagers anglophones.

La Mesure 1 du Projet McGill 2005-2008 (formation en anglais langue seconde du personnel) permettra à des centaines d'intervenants ciblés d'améliorer leurs compétences en langue anglaise. Cette mesure est possible grâce à une contribution financière provenant du *Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire*, de Santé Canada, administré par l'Université McGill.

La Mesure 2 du Projet McGill qui s'échelonne sur la même période vise à permettre aux établissements de la région de recruter et de retenir en région des personnels capables d'intervenir en langue anglaise.

Le Fonds d'adaptation des soins de santé primaire de Santé Canada a permis la réalisation de quatre projets dans deux établissements de l'Estrie :

- CSSS-IUGS : projet Info-Santé; projet Services psychosociaux; projet Milieu de vie adapté.
- Regroupement CNDE-Dixville : projet Ressources de type familial.

Outre les mesures mentionnées ci-haut, le Programme d'accessibilité ne bénéficie d'aucune ressource humaine, matérielle ou financière particulière. Les établissements identifiés par l'Agence doivent donc, dans un nouveau contexte de responsabilité populationnelle, s'assurer que les usagers d'expression anglaise de leur territoire reçoivent les services requis, soit dans leur installation ou en partenariat avec un autre établissement ou organisme, ou encore en entente avec un établissement d'une autre région.

Parmi les initiatives individuelles des établissements de l'Estrie qui ont été soulignées par les usagers anglophones au cours des dernières années, notons la mise en place par le CHUS d'un comité d'accessibilité, d'un poste de liaison avec la communauté anglophone, de la formation

en anglais langue seconde, de l'information sur les services dans les médias et de l'entente de partenariat avec l'Hôpital Saint-Boniface du Manitoba. Ces commentaires s'ajoutent aux témoignages d'appréciation des répondants des différents sondages mentionnés au chapitre 2.

Appréciation des services

Depuis 1999, la population d'expression anglaise de l'Estrie bénéficie d'une offre de service quasi mur à mur dans sa langue. Par contre, l'analyse de la documentation et les informations recueillies dans la cadre de l'exercice de révision présentent un autre portrait. Les efforts déployés par les acteurs identifiés dans le Plan d'action régional n'ont pas tous porté fruit.

La rétroaction (feed-back) des usagers d'expression anglaise parle :

- d'un manque de liens (missing link) sur le plan des communications entre le milieu anglophone et les établissements du réseau;
- de mesures à mettre en place pour rapprocher les personnes d'expression anglaise de leurs prestataires de services, notamment par la mise à contribution des leaders de cette communauté;
- de mesures propres à promouvoir un plus grand sentiment d'appartenance de la population à l'endroit de ses établissements.

De tels liens faciliteraient d'une part, l'identification des besoins particuliers de ce groupe et d'autre part, l'émergence d'une réponse adaptée.

On note aussi des différences entre les CSSS sur le plan du panier de services. L'identification d'un tel panier accessible partout sur le territoire estrien serait bénéfique. La mise en œuvre des projets cliniques dans le cadre des deux programmes services (Santé publique et Services généraux) qui s'adressent à l'ensemble de la population, présente une piste de solution en réponse à cette lacune. Le plan d'action du programme d'accessibilité devra nécessairement contenir des réponses à ces attentes. Les résultats du sondage du CHSSN pointent dans la même direction : l'accessibilité des services en CLSC (CSSS) devrait être revue; les services en salles d'urgence et en cliniques externes ainsi que les séjours de plus de 24 heures en CH doivent aussi faire l'objet d'améliorations.

Outre les programmes-services s'adressant à la population de tout âge (Santé publique et Services généraux), les programmes-services Santé mentale, Jeunes en difficulté et leurs familles, Dépendances, et Perte d'autonomie liée aux vieillissement sont des secteurs d'activités que la population d'expression anglaise identifie comme prioritaires.

L'éclairage apporté par l'étude sur la satisfaction des usagers anglophones, les problématiques et les attentes qu'ils identifient ainsi que les problèmes et les défis nommés par les principaux acteurs prestataires de services constituent les repères incontournables pour l'élaboration du programme d'accessibilité 2007-2010. Les progrès réalisés au cours des 16 dernières années, notamment en regard de la forme et du contenu du programme, doivent servir de rampes de lancement de mesures pour assurer l'amélioration continue de l'offre de service en langue anglaise.

Autres mesures pouvant favoriser l'accessibilité

La mise en œuvre de la Loi 83, notamment en regard des nouvelles responsabilités liées à l'élaboration de projets cliniques, s'adressant, d'une part à des clientèles vulnérables et d'autre part à l'ensemble de la population, permettra de faire des progrès sur le plan de l'accessibilité des services destinés à la population d'expression anglaise.

La nouvelle responsabilité populationnelle des centres de santé et de services sociaux permettra de consolider l'engagement pris par les établissements de l'Estrie lors de l'adoption du décret (1999) sur le programme d'accessibilité. Dans ce contexte, l'adoption du nouveau décret permettra à chaque CSSS d'identifier encore plus clairement l'offre de service aux usagers d'expression anglaise de son territoire ainsi que la complémentarité / continuité de services convenue avec les autres établissements et partenaires. Le plan d'action du programme d'accessibilité identifiera, pour sa part et de façon plus pointue, les mesures à mettre en place pour que l'accessibilité, la qualité et la continuité dont il est question dans les projets cliniques se réalisent aussi sur le plan de la langue. Ces mesures viseront, du même coup, à répondre aux attentes exprimées par le milieu anglophone en regard des communications avec les établissements du réseau de l'Estrie.

D'autres mesures peuvent contribuer à l'amélioration des services en langue anglaise. Les articles de la Loi SSSS traitant du respect et de la promotion des droits des usagers (comités des usagers, code d'éthique, traitement des plaintes, etc.) sont autant de moyens que tout usager peut utiliser pour recevoir des services dans sa langue. Le droit des usagers d'être informés, de participer aux traitements (P.I., P.S.I.), de recevoir des services adéquats sur les plans scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et d'avoir accès à son dossier en sont d'autres exemples.

La participation de la population à la gestion des services (élections aux conseils d'administration des établissements et des agences, le Comité provincial pour la prestation des services en langue anglaise, le Comité régional d'accessibilité des services en langue anglaise, les comités d'usagers) présente d'autres possibilités d'assurer la prise en compte des besoins des personnes d'expression anglaise. La présence de représentants de cette communauté au sein des structures a certes fait ses preuves aux cours des années.

Le processus de planification et de coordination des services (élaboration des projets cliniques) présente une autre opportunité d'assurer le respect du droit aux services en langue anglaise.

Secteurs à prioriser

À la lumière des informations disponibles sur la satisfaction et les attentes des usagers d'expression anglaise, des informations recueillies auprès des acteurs principaux dans le dossier de l'accessibilité des services en langue anglaise et dans le contexte de la mise en

œuvre des projets cliniques, il y a lieu de centrer le programme d'accessibilité et le plan d'action qui doit en soutenir l'actualisation, sur les grands axes/objectifs de la Loi 83 :

- l'accessibilité,
- la qualité,
- la continuité.

Les projets cliniques présentement en élaboration dans les CSSS apporteront une partie de la réponse aux besoins particuliers et aux attentes manifestées par la clientèle anglophone de la région par la prise en compte des particularités de cette clientèle cible dans chaque programme/services. Le programme d'accessibilité apportera l'autre partie de la réponse en tentant de répondre aux questions suivantes :

- quelles sont les services requis ou à mettre en place pour répondre aux besoins particuliers des usagers d'expression anglaise?
- comment connaître le niveau de satisfaction des usagers d'expression anglaise?
- quelles sont les mesures à mettre en place pour assurer à l'utilisateur d'expression anglaise l'accessibilité, la qualité et la continuité des services dans sa langue dans le cadre des projets cliniques?

CHAPITRE V

PLAN D'ACTION

Plan d'action : fil conducteur du programme d'accessibilité

Le programme d'accessibilité, tel qu'élaboré, propose une liste d'établissements et de services qu'ils ont la responsabilité de rendre accessibles en langue anglaise aux usagers de leur territoire (voir Chapitre VIII sur les services requis) en réponse aux besoins et aux attentes identifiés par les usagers d'expression anglaise de l'Estrie. Cette offre de service en langue anglaise se retrouvera dans le décret gouvernemental et dans les projets cliniques des divers programmes-services au fur et à mesure de leur élaboration par les établissements du réseau. Le plan d'action qui suit identifie les mesures particulières à mettre en place en regard de l'obligation légale prévue à l'article 348 de la loi et en fonction des orientations de la Loi 83, de façon à ce que les objectifs de cette loi puissent aussi s'actualiser à l'endroit des usagers d'expression anglaise de l'Estrie. Ces mesures serviront de balises pour les établissements dans la mise en application de leurs responsabilités territoriale et populationnelle.

Accessibilité

Le Cadre de référence du MSSS (mars 2006) propose la définition suivante de l'accessibilité : « *un service est accessible en langue anglaise lorsque l'utilisateur peut s'exprimer en langue anglaise et recevoir une réponse adéquate en cette même langue* ». Pour que cette définition trouve son application dans le programme d'accessibilité et dans les projets cliniques, le plan d'action doit donc faire état de la liste des services visés; identifier un certain nombre de mesures pour qu'il y ait accessibilité linguistique ainsi que les liens entre les projets cliniques et le programme d'accessibilité.

À cette fin l'objectif régional suivant est proposé en regard de l'accessibilité :

« Au plus tard 15 mois après l'adoption du programme, toute personne d'expression anglaise aura accès dans sa langue aux services qui figurent au décret. »

Qualité

Dans le cadre de leurs responsabilités découlant de la Loi 83, les centres de santé et de services sociaux doivent élaborer des projets cliniques qui tiennent compte des particularités socioculturelles et linguistiques de la population de leur territoire.

« L'aide-mémoire » produit par le MSSS pour soutenir l'élaboration des projets cliniques fait état de la complémentarité des programmes d'accès et des projets cliniques. Selon ce document, le projet clinique *servira de levier pour le programme d'accessibilité et ce dernier*

viendra compléter les éléments qui permettront de répondre aux obligations envers les personnes d'expression anglaise.

Dans le débat sur la qualité, il faut nécessairement identifier des stratégies et des mesures propres à assurer l'amélioration continue de la qualité dans les services offerts dans les milieux de vie et de soins.

À cette fin, l'objectif régional proposé en regard de la qualité est le suivant :

« Dans son plan d'amélioration continue de la qualité, chaque établissement se dotera de mesures propres à identifier le niveau de satisfaction des usagers d'expression anglaise. »

Continuité

La Loi 83 vise à faciliter le cheminement de l'utilisateur dans le système de santé et de services sociaux. Dans les écrits mentionnés dans la section sur les besoins (chapitre 2), la population anglophone nomme sensiblement les mêmes : des réseaux intégrés, des responsabilités clairement attachées à des établissements, du maintien à domicile, des médecins de famille, un guichet unique, etc. Que ce soit à l'intérieur d'un établissement ou lors de références vers des services rendus par un organisme communautaire, une entreprise d'économie sociale ou un établissement spécialisé dans la région ou hors-région, les risques de rupture dans le continuum de services sont choses possibles pour la population en général. La réticence des usagers d'expression anglaise à demander le service dans leur langue, dont il a été question dans le sondage du CHSSN, augmente le risque de rupture. Il y a donc lieu de mettre en place des mesures dans chaque programme-services afin que les mécanismes de suivi et de référence déjà établis ou à venir soient clairement définis et prennent en compte les usagers anglophones.

À cette fin, l'objectif régional en regard de la continuité est le suivant :

« À l'intérieur des quinze (15) mois suivant l'adoption du programme, toute personne d'expression anglaise dont les besoins devront être répondus par un organisme ou établissement autre que son centre de santé et de services sociaux pourra bénéficier de mesures de soutien et d'accompagnement. »

Des objectifs opérationnels sont proposés en fonction de ces trois objectifs régionaux. Ils portent sur :

- les services eux-mêmes;
- l'information sur ces services;
- les ressources humaines, matérielles et financières à rendre disponibles;
- la gestion de ces ressources.

Afin de faciliter le suivi de ces actions et apprécier l'atteinte des objectifs opérationnels, un ou des acteurs ont été identifiés de même qu'une date d'échéance.

Objectifs opérationnels

A) LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS SUIVANTS SONT PROPOSÉS EN REGARD DU VOLET

« SERVICES REQUIS EN LANGUE ANGLAISE » :

- La liste des services faisant l'objet du décret sera connue. (Chapitre VIII : Service requis en langue anglaise).
- Les services identifiés au décret se rapportant aux grands secteurs d'activités des programmes-services (prévention /promotion, évaluation et diagnostic, traitement, suivi, adaptation / réadaptation, et intégration / réintégration sociale) feront l'objet de mesures d'amélioration en regard de la langue.

ACTIONS PROPOSÉES	ACTEURS CONCERNÉS	ÉCHÉANCE
1. La liste des services accessibles en langue anglaise de chaque établissement reposera sur une résolution de son conseil d'administration.	Établissements désignés et indiqués ³	Janvier 2007
2. Dix mois après l'adoption du programme, la liste de services sera adaptée en fonction des grands secteurs d'activités des programmes-services (prévention/ promotion, évaluation et diagnostic, traitement, suivi, adaptation / réadaptation, intégration / réintégration sociale).	Agence	Décembre 2007
3. Les milieux de vie et de soins seront adaptés de façon à accommoder les usagers anglophones.	CSSS CHUS	Décembre 2007

B) LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS SUIVANTS SONT PROPOSÉS EN REGARD DU VOLET

« INFORMATION SUR LES SERVICES » :

- Les intervenants et intervenantes du réseau et la population d'expression anglaise seront informés sur le Programme d'accessibilité. (On entend par intervenant, toute personne qui œuvre auprès de la clientèle).
- L'information écrite destinée aux usagers sera disponible en langue anglaise.
- Les systèmes de répondeur et messagerie vocale en usage dans les établissements indiqués seront adaptés.
- Les besoins de la population d'expression anglaise et le niveau de satisfaction seront connus.

³ Établissement indiqué : établissement qui a accepté d'être nommé au programme.

ACTIONS PROPOSÉES	ACTEURS CONCERNÉS	ÉCHÉANCE
4. Le programme régional sera diffusé dans tous les établissements et organismes communautaires.	Agence	Octobre 2007
5. Chaque établissement fera connaître à son personnel la définition de « personne d'expression anglaise » ainsi que les droits, les obligations et modalités régissant l'accessibilité aux services en langue anglaise.	CSSS et établissements régionaux	Octobre 2007
6. Le programme sera diffusé auprès de la population d'expression anglaise par le biais d'un dépliant. Des rencontres d'information seront organisées au besoins	Agence CSSS	Octobre 2007
7. La liste des services nommés au décret sera diffusée auprès du personnel des établissements.	Agence Tous les établissements	Octobre 2007
8. La liste des services indiqués au Programme d'accessibilité sera intégrée au répertoire des ressources d'Info-Santé.	CSSS-IUGS	Octobre 2007
9. L'Agence et les centres de santé et de services sociaux assureront une information continue destinée aux personnes d'expression anglaise de leur territoire. Cette information portera sur le Programme d'accessibilité, sur les obligations du réseau ainsi que sur les droits et responsabilités des personnes anglophones en matière de communication en langue anglaise.	Agence CSSS	Annuellement
10. À partir de l'inventaire des documents requis en version française dans chaque programme, la liste des documents disponibles et/ou à rendre disponible en version anglaise sera établie. L'information écrite comprend « les menus, les dépliants sur les services et les soins, les avis dans les journaux, etc. »	Agence	Décembre 2007
11. Les documents disponibles en langue anglaise seront partagés entre les établissements concernés. La liste de ces documents sera colligée par programme/services dans un registre.	Agence, CSSS, établissements régionaux	Mars 2008

ACTIONS PROPOSÉES	ACTEURS CONCERNÉS	ÉCHÉANCE
12. La liste des documents manquants en langue anglaise sera établie et priorisée pour fins de traduction.	Agence, CSSS, établissements régionaux	Avril 2008
13. La traduction des documents sera soutenue financièrement par l'Agence en fonction des budgets disponibles, soit par le programme-services concerné ou par l'enveloppe régionale en soutien au programme.	Agence Tous les établissements	Continu
14. Le système central de répondeur téléphonique en usage dans les établissements sera accessible en langue anglaise. Les messageries vocales des services identifiés au Programme d'accessibilité seront adaptées dans le même sens.	CSSS, établissements régionaux	Septembre 2007
15. Dans les campagnes d'information, de prévention et de promotion, des mesures particulières seront mises en place pour joindre les personnes d'expression anglaise.	Agence, CSSS, établissements régionaux	Continu
16. Dans chaque CSSS, des mécanismes d'échange avec la communauté d'expression anglaise du territoire (rencontres périodiques) seront mises en place de façon à ce que les services offerts, les besoins particuliers des usagers et le niveau de satisfaction soient connus.	CSSS	Annuellement

C) Les objectifs opérationnels suivants sont proposés en regard du volet « Ressources humaines, financières et matérielles » :

- À l'intérieur des 15 mois suivant l'adoption du Programme régional d'accessibilité, le personnel requis pour répondre aux demandes en langue anglaise sera disponible dans tous les services qui figurent au programme.

ACTIONS PROPOSÉES	ACTEURS CONCERNÉS	ÉCHÉANCE
17. Pour chaque service nommé au décret, l'établissement concerné identifiera les postes cibles et le niveau de compétence linguistique requis pour répondre aux demandes en langue anglaise. Lorsque le service est rendu accessible par le biais d'une personne interposée, l'établissement maintiendra une liste des noms de ces	CSSS, établissements régionaux	Mars 2008
	CSSS, établissements régionaux	Continu

ACTIONS PROPOSÉES	ACTEURS CONCERNÉS	ÉCHÉANCE
<p>personnes bilingues.</p> <p>18. L'établissement prendra les mesures requises pour assurer la présence de personnels qualifiés sur le plan linguistique. (Poste bilingue ou personne interposée) dans les services nommés au décret.</p>		

D) Les objectifs opérationnels suivants sont proposés en regard du volet « Gestion des ressources » :

- Parmi le personnel ciblé des services nommés au décret, les personnes qui ne répondent pas aux exigences de connaissance de l'anglais recevront la formation requise pour assurer une réponse adéquate aux demandes en langue anglaise.
- Les protocoles d'entente visant à assurer la continuité des services aux niveaux local, régional et suprarégional traiteront des modalités d'orientation et de référence des personnes d'expression anglaise.
- La notion de qualité des services aux personnes de langue anglaise sera incluse dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des établissements nommés au décret.
- Dans chaque établissement, une personne sera mandatée pour assurer la coordination des mesures prévues au présent plan d'action.

ACTIONS PROPOSÉES	ACTEURS CONCERNÉS	ÉCHÉANCE
<p>19. Chaque établissement indiqué au programme d'accessibilité s'assurera que les protocoles d'entente entre les partenaires locaux, régionaux et suprarégionaux auxquels il est associé, identifient clairement les mesures particulières en regard des usagers et usagères d'expression anglaise.</p>	<p>CSSS, établissements régionaux</p>	<p>Juin 2008</p>
<p>20. L'établissement qui réfère une personne d'expression anglaise vers une autre ressource s'assurera que les services requis sont accessibles en langue anglaise.</p>	<p>CSSS, établissements régionaux</p>	<p>Continu</p>
<p>21. La liste des organismes communautaires qui offrent des services en langue anglaise sera</p>	<p>Agence</p>	<p>Décembre 2007</p>

ACTIONS PROPOSÉES	ACTEURS CONCERNÉS	ÉCHÉANCE
diffusée aux établissements nommés au programme d'accès. Elle sera intégrée au répertoire des ressources d'Info-Santé.		
22. Chaque établissement identifiera les moyens qu'il entend mettre en place pour connaître le niveau de satisfaction des usagers d'expression anglaise à l'égard des services nommés au décret. Un modèle de base leur sera proposé à cette fin par l'Agence.	CSSS, établissements régionaux	Décembre 2007
23. L'établissement nommé au programme d'accessibilité assurera le traitement des plaintes en langue anglaise.	CSSS, établissements régionaux	Septembre 2007
24. Dans le rapport annuel de chaque établissement nommé au programme, on retrouvera des informations sur l'accessibilité des services en langue anglaise.	CSSS, établissements régionaux	Continu
25. Lorsque jugées nécessaires, des sessions de formation en anglais langue seconde seront offertes au personnel qui intervient auprès d'usagers anglophones. Les personnels des organismes communautaires et de la Centrale de communication-Santé pourront aussi bénéficier de telles formations.	CSSS, établissements régionaux	Annuellement, à compter de 2007-2008
26. Chaque établissement identifiera la personne responsable de la mise en application du plan d'action (porteur du dossier).	CSSS, établissements régionaux	Juin 2007

CHAPITRE VI

MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

Parmi les grandes préoccupations identifiées par les répondants anglophones dans *A Time for Change*, la langue et l'accessibilité aux services figurent de façon importante. Leur réticence à demander un service en langue anglaise par crainte de mettre un fardeau supplémentaire sur les prestataires de services ou par crainte de refus ou de délais supplémentaires sont autant d'éléments qui traduisent l'importance de la garantie d'accessibilité que le décret comporte et le fardeau que doivent assumer les établissements qui ont signifié leur volonté d'être inclus dans le programme d'accessibilité.

Les garanties d'accessibilité recherchées par les usagers et usagères d'expression anglaise doivent trouver réponse dans les mesures que se donnent les partenaires dans le cadre du plan d'action du programme. La transparence et le dialogue entre la communauté anglophone et le réseau de la santé et des services sociaux constituent deux des éléments qui seront déterminants dans l'atteinte des objectifs que s'est fixée l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

À cette fin, l'adhésion de chaque établissement aux objectifs régionaux contenus dans le plan d'action, à la mise en œuvre des moyens proposés et à la collaboration au mécanisme de suivi du plan d'action constitue la pierre angulaire sur laquelle s'appuie le programme d'accessibilité.

CHAPITRE VII

SUIVI ET ÉVALUATION DU PROGRAMME D'ACCESSIBILITÉ

Évaluation du programme

Dans son *Cadre de Référence* sur la révision des programmes d'accès, le Ministère annonce qu'il élaborera, en collaboration avec le Comité provincial et les agences, un cadre de suivi et d'évaluation qui précisera le suivi et l'évaluation souhaités, les cibles prioritaires et les méthodes. Des indicateurs seront alors proposés à partir des outils disponibles.

Suivi du plan d'action régional

En attendant ce cadre d'évaluation, il y a lieu de se préoccuper d'un premier niveau de suivi qui consiste à s'assurer que la mise en œuvre du programme et son fonctionnement correspondent à ce qui est prévu. Il s'agit donc de suivre et d'apprécier la mise en place des moyens et des diverses actions proposées en termes de services offerts, d'informations rendues, de ressources

humaines disponibles et de leur gestion et d'en suivre l'évolution sur une période de trois ans. Ceci permet aux divers paliers de responsabilités (de la coordination régionale aux établissements partenaires) de déceler les écarts entre ce qui est réalisé et ce qui est prévu et de prendre les mesures nécessaires pour les corriger. Les informations nécessaires au suivi du programme sont produites de façon récurrente et proviennent des rapports annuels ou encore de grilles de cueillette spécifique d'informations. À titre d'exemple, les questions que l'on pourrait se poser sont les suivantes :

En regard de la mise en place des activités :

Est-ce que le programme régional a été diffusé dans les délais prévus dans tous les établissements et organismes ainsi qu'auprès de la population d'expression anglaise?

Est-ce que les établissements concernés ont rendu disponible la formation au personnel des services ciblés?

Est-ce que la liste des services indiqués au Programme régional d'accessibilité aux services de langue anglaise a été intégrée au répertoire des ressources d'Info-Santé?

En regard de l'évolution des moyens mis en place :

Quelle est l'évolution du nombre de personnel des services qui ont reçu une formation?

Quelle est l'évolution du niveau de compétence linguistique du personnel?

Quel est le nombre de documents traduits en langue anglaise?

Évaluation des résultats du programme régional

Un second niveau consiste à vérifier si les objectifs de résultats en termes d'accessibilité sont atteints et d'en expliquer les raisons. Il s'agit de porter un jugement structuré sur l'accessibilité réelle des services en langue anglaise et aussi de rendre des comptes à la population régionale et au MSSS. Les informations nécessaires sont recueillies à partir des systèmes d'informations sur la clientèle et d'enquêtes auprès de la population d'expression anglaise en fonction des disponibilités financières. À titre d'exemple, les questions que l'on pourrait se poser seraient les suivantes :

Quelle est la proportion de personnes d'expression anglaise qui connaît le programme régional d'accès?

Quelle est la proportion de personnes d'expression anglaise qui a fait au moins une demande de services en langue anglaise dans les établissements concernés?

Quel est le nombre d'usagers d'expression anglaise qui ont reçu une réponse en langue anglaise?

Quel est le délai moyen d'attente?

Quel est le nombre de références d'utilisateurs d'expression anglaise faites par les établissements indiqués au Programme régional d'accessibilité?

Quel est le taux de satisfaction de la population de l'accessibilité linguistique des services?

Nous avons vu que les systèmes d'information présentement en usage dans le réseau de la santé et des services sociaux ne comptabilisent pas ou peu ce genre d'information. C'est le sondage du CHSSN qui a répondu en bonne partie à ces questions. Il y aura donc lieu d'examiner et d'identifier avec le Ministère et le Comité provincial les mesures à mettre en place pour obtenir le portrait des résultats des divers programmes d'accès régionaux.

Mandats et responsabilités

La personne responsable de la coordination régionale du programme d'accessibilité a avant tout la responsabilité de réaliser le premier niveau d'évaluation, c'est-à-dire l'appréciation de la mise en œuvre et de l'évolution du programme. Quant à l'évaluation des résultats, elle est sous la responsabilité de l'équipe d'évaluation de l'Agence qui fournit également un support à la personne responsable de la coordination pour le suivi du programme.

Pour ce qui est des établissements impliqués dans l'actualisation des diverses mesures, ils doivent pour leur part transmettre à la coordination régionale les informations de gestion. Ils seront appelés, lorsque le cadre d'évaluation sera disponible, à participer à l'évaluation des résultats. Afin de suivre l'ensemble du processus général d'évaluation, un comité de suivi est aussi proposé. Sous la direction de la personne responsable de la coordination régionale, ce comité est composé d'une personne de l'équipe d'évaluation de l'Agence de même que des représentants des porteurs de dossier des établissements et de représentants de la communauté anglophone.

CHAPITRE VIII

LES SERVICES REQUIS EN LANGUE ANGLAISE

**PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS AUX SERVICES EN LANGUE ANGLAISE
«LISTE DES SERVICES REQUIS DEVANT FAIRE L'OBJET D'UN DÉCRET»**

ÉTABLISSEMENTS	SERVICES GARANTIS
SHERBROOKE	
<p>CSSS-IUGS (établissement désigné)</p>	<p>Programmes spécifiques Enfance-Jeunesse-Famille Services jeunes en santé mentale; Services de santé scolaire (primaire et secondaire); Service dentaire; Services psychosociaux; Services d'action communautaire; Programme intégré 0-5 ans; Services déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement; Liaison postnatale; Services d'auxiliaire familiale et sociale; Programme dépendance Centre de maternité (service sages-femmes);</p> <p>Programmes spécifiques aux adultes et services généraux Accueil; Info-Santé régional (service régional); Urgence –Détresse (service régional); Services en santé mentale; Services psychosociaux; Services infirmiers courants; Clinique du voyageur international; Centre de dépistage du VIH (service régional).</p> <p>Programme aux personnes âgées ou en perte d'autonomie <u>Volet soutien à domicile</u> Programme spécialisé (troubles respiratoires sévères); Accueil; Accueil psychosocial; Services de soutien à domicile aux personnes âgées; Services de soutien à domicile aux personnes ayant une déficience physique; Services infirmiers courants; Centre de jour; Ressources d'hébergement intermédiaires.</p> <p><u>Volet Hébergement</u> Hébergement de soins de longue durée et dépannage social; Service d'admission, pastorale; Hébergement par alternance; Programme spécialisé pour les personnes présentant des troubles du comportement (Service régional);</p>

ÉTABLISSEMENTS	SERVICES GARANTIS
<p>CSSS-IUGS (établissement désigné) (suite)</p>	<p>Services professionnels, bénévoles Autres services (services de cafétéria et des comptes à recevoir).</p> <p><u>Volet Hôpital</u> Hôpital de jour; Courte durée gériatrique (service régional); Réadaptation fonctionnelle intensive (service régional); Cliniques externes spécialisées en gériatrie (service régional); Services de gérontopsychiatrie (service régional).</p>
<p>Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke <i>Mission régionale</i> <i>Mission et services RUIS ...</i></p>	<p>Services garantis par décret Équipe interdisciplinaire; Admission; Chirurgie et salle de réveil; Centres de jour; Unités de soins; Centre de chimiothérapie; Hémodialyse – DPAC; Urgences; Soins intensifs; Chirurgie d'un jour et clinique préparatoire à la chirurgie; Maternité, néonatalogie, pédiatrie; Laboratoire d'exploration fonctionnelle; Centre de prélèvements; Inhalothérapie, électrophysiologie, radiobiologie; Imagerie médicale; Santé mentale; Service social; Programme dépistage cancer du sein; Service des archives; Pharmacie; Centre de prise de rendez-vous; Cliniques externes; Télécommunication; Service des plaintes; Paiement des comptes et administration; Cafétéria et stationnement.</p>
<p>Centre jeunesse de l'Estrie <i>Mission régionale</i></p>	<p>Services d'accueil; Services de réception et de traitement des signalements (LPJ); Services d'évaluation et d'orientation; Services d'urgence sociale; Services psychosociaux et de réadaptation externe (LSSSS); Services psychosociaux et de réadaptation externe (LPJ); Services psychosociaux (LSJPA); Services prédecisionnels (LSJPA); Services d'expertise à la Cour supérieure en matière de garde d'enfants et de droits de visite et de sorties; Services d'adoption; Services de recherche des antécédents biologiques et de retrouvailles; Ressources de type familial et intermédiaires.</p>

ÉTABLISSEMENTS	SERVICES GARANTIS
<p>Ces service seront disponibles dans des installations ciblées</p>	
<p>Regroupement CNDE - Dixville <i>Mission régionale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Centre Notre-Dame de l'Enfant et Centre d'accueil Dixville (établissement désigné) 	<p>Services aux personnes : Services d'accès d'évaluation et d'orientation; Services d'adaptation et de réadaptation;</p> <ul style="list-style-type: none"> - En contexte d'intégration résidentielle (service résidentiel en milieu de vie substitut; service résidentiel spécialisé en milieu de vie substitut; service intensif d'adaptation/réadaptation en milieu résidentiel spécialisé; - En contexte d'intégration au travail (service spécialisé d'accessibilité à l'emploi (support de stage); service intensif d'adaptation/réadaptation (ateliers et plateaux de travail); - En contexte d'intégration communautaire (service de soutien à l'intégration communautaire, service de maintien des acquis et qualité de vie (service d'activités de jour). <p>Services aux familles et aux proches : Services d'assistance éducative spécialisée.</p> <p>Services aux partenaires Services de soutien spécialisé.</p>
<p>Centre de réadaptation Estrie inc. <i>Mission régionale</i></p>	<p>PROGRAMME ADULTES (adultes ayant une ou plusieurs incapacités motrices). Accueil général; Orientation; Éducation spécialisée; Ergothérapie; Médecine; Neuropsychologie; Orthophonie; Physiothérapie; Psychologie; Technique de réadaptation physique; Service social.</p> <p>RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE (pour adultes qui, après une hospitalisation, ne peuvent retourner à leur domicile immédiatement). Assistance aux bénéficiaires; Éducation spécialisée; Ergothérapie; Ressources intermédiaires; Médecine générale; Neuropsychologie; Orthophonie; Physiothérapie; Psychologie; Service social; Soins infirmiers; Technique de réadaptation physique.</p>

ÉTABLISSEMENTS	SERVICES GARANTIS
<p>Centre de réadaptation Estrie inc. <i>Mission régionale</i> (suite)</p>	<p>PROGRAMME TRAUMATOLOGIE (services externes de réadaptation et d'intégration sociale pour enfants, adolescents et adultes). Éducation spécialisée; Ergothérapie; Ressources intermédiaires; Médecine générale; Neuropsychologie; Orthophonie; Physiothérapie; Psychologie; Service social; Soins infirmiers; Technique de réadaptation physique.</p> <p>PROGRAMME ENFANTS ET ADOLESCENTS Huit sous-programmes (Adolescents; Dyspraxie; Encéphalopathies; Langage/parole; Lésions musculosquelettiques; Maladies neuromusculaires; Myélopathies; Retards de développement) pour personnes de 0 à 17 ans. Éducation spécialisée; Ergothérapie; Médecine; Neuropédiatrie (consultation); Neuropsychologie; Orthophonie; Pédiatrie; Pédopsychiatrie (consultation); Physiothérapie; Psychologie; Service social.</p> <p>RESSOURCES RÉSIDENTIELLES ET D'HÉBERGEMENT (Pour enfants, adolescents et adultes qui présentent des incapacités significatives et persistantes qui, en raison de cette déficience, ont besoin d'un hébergement temporaire ou permanent ou encore nécessitent des services spécialisés pour demeurer dans leur milieu naturel). Ressources de type familial (RTF); Ressources intermédiaires (RI); Répit et dépannage; Ressources spécifiques; Placements dans des ressources privées; Éducation spécialisée; Ergothérapie; Instructeurs; Physiothérapie; Service social; Soins infirmiers; Technique en loisirs.</p>

ÉTABLISSEMENTS	SERVICES GARANTIS
<p>Centre de réadaptation Estrie inc. <i>Mission régionale</i> (suite)</p>	<p>Déficiences sensorielles (auditive, visuelles, motrices) et aides compensatoires. (Services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale pour enfants, adolescents, adultes et personnes âgées). (Orthèses, prothèses, fauteuils roulants, chaussures moulées...).</p> <p>Réparation de fauteuils roulants; Service de dépannage; Audiologie; Éducation spécialisée; Orthophonie; Service social; Optométrie; Orientation mobilité; Spécialité en déficience visuelle; Ergothérapie; Physiothérapie; Technique orthèse-prothèse; Mécaniciens orthèses-prothèse; Mécaniciens fauteuils roulant.</p>
<p>Villa Marie-Claire inc. <i>Mission régionale</i></p>	<p>Accueil, évaluation, orientation; Suivis à domicile.</p>
<p>Le Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges <i>Mission régionale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Maison St-Georges (santé mentale) - Centre Jean-Patrice-Chiasson (dépendances) 	<p>Services d'accueil, évaluation et orientation; Services de réadaptation santé mentale; Services externes et internes.</p> <p>Services d'accueil, évaluation et orientation; Services de réadaptation dépendances; Services externes et internes.</p>
<p>MRC Les Sources</p>	
<p>CSSS des Sources</p>	<p>Programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) Services d'aide à domicile; Services de soins à domicile; Services psychosociaux; Hébergement et soins de longue durée; Hébergement temporaire.</p> <p>Programme Santé physique et Services généraux Unité d'urgence; Unité de courte durée; Services d'accueil et d'admission; Services médicaux;</p>

ÉTABLISSEMENTS	SERVICES GARANTIS
<p>CSSS des Sources (suite)</p>	<p>Services médicaux spécialisés; Services infirmiers courants; Guichet d'accueil et services psychosociaux courants; Services d'inhalothérapie; Services d'ergothérapie; Services de physiothérapie.</p> <p>Programmes spécifiques Services en santé mentale; Services aux jeunes en difficulté.</p>
<p>MRC de Coaticook</p>	
<p>CSSS de la MRC de Coaticook <i>Mission CLSC</i></p>	<p>Programme Personnes en perte d'autonomie Services d'aide à domicile; Services de soins à domicile; Services professionnels en santé (TS, Physio); Services en organisation communautaire; Centre de jour.</p> <p>Programme Enfance jeunesse famille adulte Guichet unique accueil social; Services infirmiers; Services psychosociaux; Services pour enfants et adultes présentant des problèmes de santé mentale.</p> <p>Programme Santé physique Admission; Services de soutien diagnostique; Services de soutien diagnostiques (électrophysiologie); Services infirmiers courants; Urgence; Services de prévention et de promotion en santé; Inhalothérapie; Santé cardiaque.</p> <p>Programme Hébergement-milieu de vie Accueil, information, accompagnement et référence; Services infirmiers; Services de soutien et d'assistance; Services d'animation et loisirs; Services psychosociaux; Services cliniques; Pastorale.</p>
<p>MRC du Granit</p>	
<p>CSSS du Granit <i>Mission CLSC</i></p>	<p>Volet CLSC Enfance jeunesse famille adulte Accueil, information, accompagnement et référence; Guichet unique-accueil santé;</p>

ÉTABLISSEMENTS	SERVICES GARANTIS
<p>CSSS du Granit <i>Mission CLSC</i> (suite)</p>	<p>Guichet unique-accueil social; Urgence-Détresse;</p> <p>Services sociaux enfance-famille; Services de santé enfance-famille; Services de santé maternelle infantile; Services de santé dentaire; Services psychosociaux; Clinique des jeunes. Services de prévention, promotion et de protection de la santé; Services pour les enfants et les adultes présentant des problèmes des santé mentale; Services en organisation communautaire.</p> <p>Volet CLSC Personne en perte d'autonomie Accueil, information, accompagnement et référence; Services d'aide à domicile; Soins intensifs en maintien à domicile (SIMAD); Services médicaux; Services de soutien à domicile; Services professionnels et de soutien en santé (physio, ergo, nutrition); Soins palliatifs à domicile pour la clientèle et les proches; Services en organisation communautaire; Service en santé mentale.</p> <p>Volet Hébergement personnes en perte d'autonomie Centre de jour; Milieu de vie alternatif à l'hébergement (RI et RTF); Hébergement temporaire (répit, dépannage et convalescence); Mesures compensatoires.</p> <p>Volet Hospitalier santé physique Clinique externe et physiothérapie; Hôpital de jour; Unité de courte durée gériatrique; Services médicaux; Accueil, information, accompagnement et référence; Services médicaux (points de services); Admission; Cliniques externes; Services médicaux en cliniques externes; Services de soutien diagnostique (radiologie); Services de soutien diagnostique (laboratoire et centre de prélèvement); Services de soutien diagnostique (électrophysiologie); Services infirmiers courants; Téléphonie et réception; Urgence; Services de prévention et de promotion de la santé (nutrition et services infirmiers); Bloc opératoire; Chirurgie d'un jour;</p>

ÉTABLISSEMENTS	SERVICES GARANTIS
<p>CSSS du Granit <i>Mission CLSC</i> (suite)</p>	<p>Services médicaux; Endoscopie; Inhalothérapie; Nutrition; Santé cardiaque; Soins aigus.</p> <p>Volet Hébergement Milieu de vie Accueil, information, accompagnement et référence; Dentisterie; Ergothérapie; Réadaptation physique (TRP et physiothérapie); Services de nutrition; Services infirmiers; Services de soutien et d'assistance; Service d'animation et de loisirs; Services médicaux; Services psychosociaux.</p>
MRC du Haut-Saint-François	
<p>CSSS du Haut-Saint-François - <i>Mission CLSC</i></p> <p>- <i>Mission d'hébergement</i> Centre d'hébergement d'Est Angus</p>	<p>Accueil-évaluation-orientation et référence; Soins infirmiers à domicile; Services d'aide à domicile; Services de réadaptation à domicile; Services médicaux; Services infirmiers courants; Services psychosociaux généraux; Services psychosociaux scolaires; Services intégrés 0-5 ans; Santé mentale; Santé au travail; Santé dentaire (hygiène); Centre de jour.</p> <p>Hébergement et soins de longue durée PALV.</p>
MRC du Val-Saint-François	
<p>CSSS du Val Saint-François <i>Mission CLSC</i></p>	<p>Volet CLSC Enfance jeunesse famille adulte Accueil, information, accompagnement et référence; Guichet unique-accueil santé; Guichet unique-accueil social; Urgence détresse Services médicaux; Services de santé en milieu scolaire (primaire); Services sociaux en milieu scolaire (primaire); Services sociaux enfance-famille; Services de santé enfance-famille;</p>

ÉTABLISSEMENTS	SERVICES GARANTIS
<p>CSSS du Val Saint-François <i>Mission CLSC</i></p>	<p>Services de santé maternelle et infantile; Services de santé dentaire (primaire); Services psychosociaux; Services de prévention, promotion et de protection de la santé; Services pour les enfants et les adultes présentant des problèmes de santé mentale; Services en organisation communautaire.</p> <p>Volet CLSC Personnes en perte d'autonomie Accueil, information, accompagnement et référence; Services d'aide à domicile; Soins intensifs en maintien à domicile (SIMAD); Évaluation et suivi médical à domicile; Services médicaux; Services de soutien à domicile; Services professionnels et de soutien en santé (physio; ergo, nutrition); Soins palliatifs à domicile pour la clientèle et les proches; Services en organisation communautaire; Services en santé mentale.</p> <p>Volet Hébergement personnes en perte d'autonomie Centre de jour; Milieu de vie alternatif à l'hébergement (RI et RTF); Hébergement temporaire (répit, dépannage et convalescence).</p>
<p>Foyer Wales</p>	<p>Tous les services.</p>
<p>MRC de Memphrémagog</p>	
<p>CSSS de Memphrémagog <i>Mission CLSC</i></p>	<p>Programme Enfance jeunesse famille adulte Service d'accueil unifié; Services médicaux; Services infirmiers; Services psychosociaux; Services de santé dentaire (primaire); Clinique des jeunes; Services psychologiques; Services de prévention, de promotion et de protection de la santé; Services pour les enfants et les adultes présentant des problèmes de santé mentale; Services en organisation communautaire; Services sociaux et de santé enfance-famille; Services d'aide à domicile; Services de santé et services sociaux en milieu scolaire (primaire); Services de santé maternelle et infantile.</p> <p>Programme Personne en perte d'autonomie Services d'aide à domicile; Services médicaux; Services de soins à domicile;</p>

ÉTABLISSEMENTS	SERVICES GARANTIS
<p>CSSS de Memphrémagog <i>Mission CLSC</i> (suite)</p>	<p>Services professionnels en santé (physio; ergo; nutrition); Soins palliatifs à domicile pour la clientèle et les proches; Services en organisation communautaire; Centre de jour; Milieu de vie alternatif à l'hébergement (RI et RTF); Hébergement temporaire (répit, dépannage et convalescence); Unité de courte durée gériatrique.</p> <p>Programme Santé physique (services externes et diagnostiques) Téléphone et réception; Services médicaux; Admission; Cliniques externes; Services de soutien diagnostique (radiologie, laboratoire et centre de prélèvements, électrophysiologie); Services infirmiers courants; Urgence.</p> <p>Programme Santé physique (services hospitaliers et chirurgie d'un jour) Bloc opératoire; Chirurgie d'un jour; Services médicaux; Unité d'hémodialyse; Endoscopie; Santé cardiaque et respiratoire; Soins aigus - 31 lits (soins infirmiers, d'assistance et de soutien).</p> <p>Programme Hébergement milieu de vie Réception; Dentisterie; Réadaptation physique; Service de nutrition; Services infirmiers; Services de soutien et d'assistance; Service d'animation et de loisirs; Services médicaux; Services psychosociaux; Pastorale.</p>
<p>La Maison Blanche de North Hatley inc.</p>	<p>Accueil/référence; Services d'hébergement et de soins de longue durée; Physiothérapie; Alimentation; Loisirs/animation; Services sociaux.</p>

ANNEXES

Répartition de la population totale selon la première langue officielle

Québec, Estrie et RSS, 2001		Total - Sexe				
		Total - Première langue officielle parlée	Anglais	Français	Anglais et français	Ni l'anglais ni le français
Province de Québec	Total - Groupe d'âge	7125575	828730	6059115	180450	57285
	0 - 4 ans	376655	43635	312325	6370	14325
	5 - 17 ans	1190335	131470	1023655	31185	4025
	18 - 29 ans	1110725	130120	937215	41170	2215
	30 - 64 ans	3569800	409845	3056705	85665	17590
	65 - 74 ans	534155	62740	450850	10965	9600
	75 ans et plus	343905	50915	278370	5100	9525
05 - RSS de l'Estrie	Total - Groupe d'âge	279700	22730	255075	1325	570
	0 - 4 ans	14820	1045	13450	95	225
	5 - 17 ans	48085	3680	44080	245	85
	18 - 29 ans	43780	2835	40570	315	60
	30 - 64 ans	137165	10780	125635	575	175
	65 - 74 ans	21380	2285	19015	55	25
	75 ans et plus	14470	2105	12330	40	0
0501 - RLS du Granit	Total - Groupe d'âge	21400	265	21110	20	0
	0 - 4 ans	1105	10	1095	10	0
	5 - 17 ans	3850	60	3785	10	0
	18 - 29 ans	3155	30	3130	0	0
	30 - 64 ans	10425	125	10295	10	0
	65 - 74 ans	1780	35	1745	0	0
	75 ans et plus	1075	15	1060	0	0
0502 - RLS d'Asbestos	Total - Groupe d'âge	14230	480	13685	55	0
	0 - 4 ans	595	10	570	15	0
	5 - 17 ans	2345	40	2305	10	0
	18 - 29 ans	1890	55	1830	10	0
	30 - 64 ans	6985	230	6725	30	0
	65 - 74 ans	1460	75	1385	0	0
	75 ans et plus	950	70	880	0	0
0503 - RLS du Haut-Saint-François	Total - Groupe d'âge	21020	2590	18400	25	0
	0 - 4 ans	1155	125	1030	0	0
	5 - 17 ans	4075	405	3665	10	0
	18 - 29 ans	2630	320	2310	0	0
	30 - 64 ans	10450	1285	9160	10	0
	65 - 74 ans	1635	190	1445	0	0
	75 ans et plus	1065	275	790	0	0
0504 - RLS de Val Saint-François	Total - Groupe d'âge	27890	2340	25485	60	0
	0 - 4 ans	1525	105	1420	0	0
	5 - 17 ans	5170	420	4735	15	0
	18 - 29 ans	3895	295	3595	0	0
	30 - 64 ans	14090	1070	12995	25	0
	65 - 74 ans	2060	250	1800	15	0
	75 ans et plus	1150	210	940	0	0
0505 - RLS de Coaticook	Total - Groupe d'âge	18030	1890	16085	50	0
	0 - 4 ans	1030	80	950	0	0
	5 - 17 ans	3725	365	3355	10	0
	18 - 29 ans	2485	225	2255	0	0
	30 - 64 ans	8505	865	7610	30	0
	65 - 74 ans	1385	230	1160	0	0
	75 ans et plus	900	130	760	10	0
0506 - RLS de Memphrémagog	Total - Groupe d'âge	41715	8415	33125	165	10
	0 - 4 ans	1995	495	1470	20	0
	5 - 17 ans	6870	1430	5395	45	0
	18 - 29 ans	5100	800	4275	20	0
	30 - 64 ans	21700	4090	17545	70	0
	65 - 74 ans	3825	935	2875	10	0
	75 ans et plus	2225	660	1570	0	0
0507 - RLS de Sherbrooke	Total - Groupe d'âge	135415	6735	127180	945	560
	0 - 4 ans	7410	225	6920	45	225
	5 - 17 ans	22045	965	20840	160	85
	18 - 29 ans	24630	1120	23175	275	60
	30 - 64 ans	65000	3110	61310	405	170
	65 - 74 ans	9225	570	8605	30	15
	75 ans et plus	7110	750	6330	25	0

Source: Statistique Canada, Recensement de 2001.

NB: Les personnes résidant en ménage collectif de type institutionnel sont exclues.

Répartition de la population (masculine) selon la première langue officielle

Québec, Estrie et RSS, 2001		Masculin				
		Total - Première langue officielle parlée	Anglais	Français	Anglais et français	Ni l'anglais ni le français
Province de Québec	Total - Groupe d'âge	3491685	409495	2962770	96790	22630
	0 - 4 ans	194295	22770	160615	3415	7495
	5 - 17 ans	606940	67780	521120	15660	2375
	18 - 29 ans	559475	65630	471395	21645	805
	30 - 64 ans	1758385	203645	1502160	46610	5960
	65 - 74 ans	243170	29530	203965	6560	3115
	75 ans et plus	129420	20135	103510	2900	2875
	05 - RSS de l'Estrie	Total - Groupe d'âge	138080	10960	126045	780
0 - 4 ans	7840	555	7075	65	150	
5 - 17 ans	24420	1815	22390	170	50	
18 - 29 ans	22160	1380	20610	165	10	
30 - 64 ans	68460	5385	62670	315	90	
65 - 74 ans	9655	1030	8585	40	0	
75 ans et plus	5550	800	4720	30	0	
0501 - RLS du Granit	Total - Groupe d'âge	10940	120	10810	10	0
0 - 4 ans	590	0	590	0	0	
5 - 17 ans	1930	35	1890	0	0	
18 - 29 ans	1665	15	1650	0	0	
30 - 64 ans	5455	60	5390	0	0	
65 - 74 ans	815	10	815	0	0	
75 ans et plus	480	10	465	0	0	
0502 - RLS d'Asbestos	Total - Groupe d'âge	7085	245	6810	30	0
0 - 4 ans	345	10	330	0	0	
5 - 17 ans	1155	15	1135	0	0	
18 - 29 ans	960	30	925	0	0	
30 - 64 ans	3515	145	3355	10	0	
65 - 74 ans	660	20	640	0	0	
75 ans et plus	450	25	420	0	0	
0503 - RLS du Haut-Saint-François	Total - Groupe d'âge	10715	1235	9465	15	0
0 - 4 ans	700	85	610	0	0	
5 - 17 ans	2015	195	1820	10	0	
18 - 29 ans	1340	165	1170	0	0	
30 - 64 ans	5360	610	4745	0	0	
65 - 74 ans	795	60	735	0	0	
75 ans et plus	510	120	385	0	0	
0504 - RLS de Val Saint-François	Total - Groupe d'âge	14180	1115	13035	35	0
0 - 4 ans	745	30	710	0	0	
5 - 17 ans	2745	205	2530	10	0	
18 - 29 ans	2090	170	1920	0	0	
30 - 64 ans	7125	520	6595	20	0	
65 - 74 ans	975	105	865	0	0	
75 ans et plus	500	80	415	0	0	
0505 - RLS de Coaticook	Total - Groupe d'âge	9100	975	8095	30	0
0 - 4 ans	505	50	460	0	0	
5 - 17 ans	1885	185	1695	0	0	
18 - 29 ans	1265	90	1165	0	0	
30 - 64 ans	4445	480	3945	15	0	
65 - 74 ans	650	105	545	0	0	
75 ans et plus	350	60	280	10	0	
0506 - RLS de Memphrémagog	Total - Groupe d'âge	20695	4135	16440	120	0
0 - 4 ans	1060	260	785	15	0	
5 - 17 ans	3365	710	2620	35	0	
18 - 29 ans	2540	375	2150	15	0	
30 - 64 ans	11000	2040	8915	45	0	
65 - 74 ans	1865	515	1335	10	0	
75 ans et plus	865	235	635	0	0	
0507 - RLS de Sherbrooke	Total - Groupe d'âge	65365	3140	61390	545	290
0 - 4 ans	3895	120	3590	40	150	
5 - 17 ans	11315	470	10695	105	45	
18 - 29 ans	12305	540	11620	140	10	
30 - 64 ans	31550	1530	29725	220	85	
65 - 74 ans	3895	220	3650	25	0	
75 ans et plus	2400	265	2115	20	0	

Source: Statistique Canada, Recensement de 2001.

NB: Les personnes résidant en ménage collectif de type institutionnel sont exclues.

Répartition de la population (féminine) selon la première langue officielle

Québec, Estrie et RSS, 2001		Féminin				
		Total - Première langue officielle parlée	Anglais	Français	Anglais et français	Ni l'anglais ni le français
Province de Québec	Total - Groupe d'âge	3633895	419240	3096345	83660	34650
	0 - 4 ans	182360	20870	151705	2955	6830
	5 - 17 ans	583395	63690	502535	15520	1650
	18 - 29 ans	551255	64490	465820	19530	1410
	30 - 64 ans	1811420	206200	1554540	39050	11630
	65 - 74 ans	290980	33210	246885	4405	6480
	75 ans et plus	214490	30780	174860	2200	6650
05 - RSS de l'Estrie	Total - Groupe d'âge	141620	11770	129030	545	280
	0 - 4 ans	6975	490	6380	30	80
	5 - 17 ans	23670	1865	21690	75	35
	18 - 29 ans	21620	1460	19965	150	50
	30 - 64 ans	68705	5400	62960	260	85
	65 - 74 ans	11720	1255	10430	10	25
	75 ans et plus	8925	1305	7605	10	10
0501 - RLS du Granit	Total - Groupe d'âge	10455	145	10300	10	0
	0 - 4 ans	515	0	500	10	0
	5 - 17 ans	1920	30	1895	0	0
	18 - 29 ans	1495	15	1480	0	0
	30 - 64 ans	4970	65	4900	0	0
	65 - 74 ans	960	30	935	0	0
	75 ans et plus	595	0	595	0	0
0502 - RLS d'Asbestos	Total - Groupe d'âge	7150	240	6880	20	0
	0 - 4 ans	255	0	240	10	0
	5 - 17 ans	1190	25	1165	0	0
	18 - 29 ans	930	25	905	0	0
	30 - 64 ans	3470	90	3365	15	0
	65 - 74 ans	800	55	745	0	0
	75 ans et plus	500	40	460	0	0
0503 - RLS du Haut-Saint-François	Total - Groupe d'âge	10305	1360	8935	10	0
	0 - 4 ans	455	35	420	0	0
	5 - 17 ans	2065	210	1845	10	0
	18 - 29 ans	1295	150	1140	0	0
	30 - 64 ans	5090	675	4415	0	0
	65 - 74 ans	845	135	710	0	0
	75 ans et plus	560	155	405	0	0
0504 - RLS de Val Saint-François	Total - Groupe d'âge	13710	1230	12455	25	0
	0 - 4 ans	780	70	710	0	0
	5 - 17 ans	2430	215	2210	10	0
	18 - 29 ans	1800	125	1675	10	0
	30 - 64 ans	6965	550	6400	10	0
	65 - 74 ans	1085	145	935	10	0
	75 ans et plus	650	125	520	0	0
0505 - RLS de Coaticook	Total - Groupe d'âge	8930	920	7990	20	0
	0 - 4 ans	525	30	495	0	0
	5 - 17 ans	1835	175	1655	0	0
	18 - 29 ans	1220	130	1090	0	0
	30 - 64 ans	4065	385	3665	15	0
	65 - 74 ans	735	125	610	0	0
	75 ans et plus	550	70	475	0	0
0506 - RLS de Memphrémagog	Total - Groupe d'âge	21015	4280	16680	50	0
	0 - 4 ans	930	235	685	10	0
	5 - 17 ans	3505	720	2775	10	0
	18 - 29 ans	2555	425	2120	0	0
	30 - 64 ans	10700	2055	8625	20	0
	65 - 74 ans	1960	420	1535	0	0
	75 ans et plus	1365	425	935	0	0
0507 - RLS de Sherbrooke	Total - Groupe d'âge	70055	3595	65790	400	270
	0 - 4 ans	3510	100	3330	10	80
	5 - 17 ans	10725	490	10145	50	40
	18 - 29 ans	12325	585	11555	140	50
	30 - 64 ans	33445	1580	31590	190	85
	65 - 74 ans	5330	350	4960	10	15
	75 ans et plus	4710	485	4215	0	0

Source: Statistique Canada, Recensement de 2001.

NB: Les personnes résidant en ménage collectif de type institutionnel sont