SI VOUS NE POUVEZ PAS COMMUNIQUER AVEC VOTRE PATIENT,

VOTRE PATIENT N’EST PAS EN SÉCURITÉ

Être capable de parler dans sa langue maternelle lorsqu’il est question de santé ne constitue pas une faveur demandée aux organisations et aux professionnels de la santé.

Au contraire, il s’agit d’une question fondamentale d’accessibilité, de sécurité, de qualité et d’égalité des services.

Rapport final – Octobre 2015

ᐅᖃᐅᓯᖅᓄᑦ ᑲᒥᓯᓇᐅᑉ ᐊᒃᓚᒃᕕᐊ ᓄᓇᕗᒻᒥ
Uqauhinut Kamisinaup Havakvia Nunavunmi
Office of the Languages Commissioner of Nunavut
Bureau du Commissaire aux langues du Nunavut

ᐅᓇ ᐅᓂᒃᑳᓕᐊᖅ ᐃᓄᒃᑎᑐᑦ ᑎᑎᕋᖅᓯᒪᓪᓗᓂ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᖕᒥᔪᖅ.
Hamna titiraqtauhimayuqlu Inuinnaqtun.
This document is also published in English.

Références (page couverture)

« Si vous ne pouvez pas communiquer avec votre patient, votre patient n'est pas en sécurité. »[1]

Être capable de parler dans sa langue maternelle lorsqu'il est question de santé ne constitue pas une faveur demandée aux organisations et aux professionnels de la santé. Au contraire, il s'agit d'une question fondamentale d'accessibilité, de sécurité, de qualité et d'égalité des services. [2-3]

---

[1] Sarah BOWEN et Jeannine ROY, *Intégration des services d'interprétation dans la gestion des risques,* Winnipeg, 2009, p. 6.
[2] Mary Catherine BEACH, Somnath SAHA et Lisa A. COOPER, *The Role and Relationship of Cultural Competence and Patient-Centeredness in Health Care Quality*, The Commonwealth Fund, octobre 2006.
[3] Joseph R. BETANCOURT, *Improving Quality and Achieving Equity: The Role of Cultural Competence in Reducing Racial and Ethnic Disparities in Health Care*, The Commonwealth Fund, octobre 2006.

ᐅᖅᑲᐅᓯᖅᓄᑦ ᑲᒥᓯᓇᐅᑉ ᐊᒃᓚᒃᕕᐊ ᓄᓇᕗᒻᒥ
Uqauhinut Kamisinaup Havakvia Nunavunmi
Office of the Languages Commissioner of Nunavut
Bureau du Commissaire aux langues du Nunavut

RAPPORT D'ENQUÊTE SYSTÉMIQUE

ENQUÊTE SUR LE RESPECT DE LA LOI SUR LES LANGUES OFFICIELLES, L.R.T.N.-O. 1988, À L'HÔPITAL GÉNÉRAL QIKIQTANI

RAPPORT FINAL

Octobre 2015

Remerciements

Nous tenons à remercier un grand nombre d'individus et d'organisations de partout au Nunavut pour leur participation à cette enquête et leur contribution au présent rapport. Le temps qu'ils ont consacré et l'honnêteté des réponses qu'ils ont données au sujet des services de soins de santé à l'Hôpital général Qikiqtani ont été très appréciés.

Nous tenons à remercier tout particulièrement toutes les personnes de l'Hôpital général Qikiqtani, à Iqaluit, qui ont accepté de participer à des entrevues ainsi que toutes les personnes qui ont partagé leur expérience avec nous.

Nous remercions également les personnes qui ont participé à la consultation publique, celles qui ont aidé à organiser les entrevues et celles qui ont fourni les rapports et les documents requis au début du projet.

Sandra Inutiq
Commissaire aux langues

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION …….. **8**

1.1. Objectifs…….. **8**

1.2. Approche…… **8**

1.3. Chronologie des événements…… **9**
1.3.1. Public……. **9**
1.3.2. Ministère de la Santé et des Services sociaux…….. **10**

2. PARTIE 1……. **12**

2.1. Allégations……. **12**

2.2. Enjeu …… **15**

2.3. Contexte juridique…… **15**
2.3.1. Législation linguistique…… **15**
2.3.2. Droit de prendre une décision éclairée…… **15**
2.3.3. Précédent en matière de responsabilité……. **16**
2.3.4. Mandat du commissaire aux langues……. **16**
2.3.5. Compétence en matière d'enquête systémique…… **17**
2.3.5.1. Hôpital général Qikiqtani : une institution territoriale…… **17**
2.3.5.2. Pouvoir d'enquête du commissaire aux langues…….. **17**
2.3.5.3. Enquête systémique…….. **17**

2.4. Méthodologie…… **24**
2.4.1. Entrevues……. **24**
2.4.2. Documentation…… **24**

2.5. Éléments pris en considération dans le cadre de l'enquête……. **25**
2.5.1. Politique linguistique et offre active……. **25**
2.5.2. Barrières linguistiques……. **27**
2.5.3. Interprétation…… **27**

2.6. Résultats…….. **29**
2.6.1. Politique linguistique et offre active…….. **30**
2.6.2. Barrières linguistiques……. **31**
2.6.3. Interprétation……. **32**

3. PARTIE 2…… **34**

3.1. Situation concernant les soins de santé au Nunavut…… **34**
3.1.1. Réseau des soins de santé…….. **34**
3.1.2. Groupes touchés par les barrières linguistiques…….. **36**
3.1.3. Besoins des communautés…….. **36**
3.1.4. La langue : un élément clé…… **37**

3.2. Barrières linguistiques et soins de santé…….. **38**

3.3. Répercussions des barrières linguistiques……... **39**
3.3.1. Répercussions directes sur les soins de santé……..…… **39**
3.3.2. Répercussions indirectes sur les soins de santé…… **43**

3.4. Interprétation : le risque d'utiliser des interprètes non professionnels…… **44**

3.5. Services linguistiques…… **46**
3.5.1. Offre active…….. **46**

4. CONCLUSION…… **48**

4.1. Observations…… **48**
4.1.1. Qualité des soins de santé…… **48**
4.1.2. Production de documents…….. **48**

4.2. Responsabilités partagées…… **48**

5. RECOMMANDATIONS…….. **51**

5.1. Politique linguistique et offre active……. **51**

5.2. Barrières linguistiques……. **52**

5.3. Interprétation……. **52**

6. RÉPONSE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ……. **54**

ANNEXES…….. **55**

Annexe 1 : Questionnaire pour les patients…… **55**
Annexe 2 : Questionnaire pour les médecins..... **58**
Annexe 3 : Questionnaire pour les agences de soins infirmiers…….. **60**
Annexe 4 : Réponse du ministère de la Santé…… **61**

BIBLIOGRAPHIE…….. **66**

1. INTRODUCTION

Le Bureau du Commissaire aux langues du Nunavut (ci-après « BCL ») reçoit depuis de nombreuses années des préoccupations transmises par divers citoyens concernant leur incapacité à communiquer et à recevoir des services dans la langue officielle de leur choix de la part de l'Hôpital général Qikiqtani (ci-après « HGQ »). Puisque le non-respect des droits linguistiques est récurrent et semble être un problème endémique, la procédure dans ces circonstances est de mener une enquête systémique pour comprendre la situation et établir les faits.

La première partie de ce rapport décrit l'enquête systémique réalisée à la suite des préoccupations reçues de la part de citoyens et provenant des entrevues menées au cours de l'enquête. Elle analyse la disponibilité des services et des communications en inuktitut et en français entre le 1er mars 2012 et le 31 mars 2013, et le respect de la Loi sur les langues officielles, L.R.T.N.-O 1988,[4] (ci-après « LLO ») à l'Hôpital général Qikiqtani.

La deuxième partie du rapport met en lumière l'existence de barrières linguistiques et les répercussions de ces barrières. Nous avons constaté que la situation à l'hôpital allait au-delà des droits linguistiques des patients et des obligations de l'hôpital de communiquer avec les patients et de leur fournir des services dans la langue officielle de leur choix, comme le prévoit la Loi sur les langues officielles. D'après les données recueillies au cours des entrevues, les documents fournis par le ministère de la Santé et des Services sociaux[5] (ci-après « MSSS ») et l'examen de recherches et d'études sur les barrières linguistiques dans le domaine des soins de santé, il est clair que les barrières linguistiques ont eu des répercussions sur la santé des citoyens du Nunavut : sur la sécurité des patients, la qualité des soins et l'accessibilité aux services de soins de santé.

1.1. Objectifs

- Déterminer si l'HGQ a respecté ses obligations linguistiques, telles qu'énoncées dans la LLO, entre le 1er mars 2012 et le 31 mars 2013.
- Décrire les répercussions des barrières linguistiques sur la qualité des soins et l'accès aux services de soins de santé.
- Formuler des recommandations afin de résoudre les problèmes linguistiques.

1.2. Approche

- Informer la population et les intervenants concernés et ciblés par l'enquête, y compris le MSSS et les gestionnaires de l'HGQ, qu'une enquête systémique aura lieu.

[4] La LLO est la loi qui était toujours en vigueur en 2012, soit la Loi sur les langues officielles, L.R.T.N.-O. 1988.
[5] Le nom du ministère de la Santé et des Services sociaux a été changé pour ministère de la Santé en 2013.

- Tenir une consultation publique.

- Préparer l'enquête systémique, identifier les personnes à rencontrer, concevoir les questionnaires des entrevues et entreprendre le processus auprès des personnes et des intervenants ciblés.

- Mener des entrevues individuelles avec les personnes touchées par les questions linguistiques ou impliquées dans ces questions : des gens du grand public, des organisations locales, des membres du personnel de l'hôpital.

- Recueillir des données provenant :
    - des entrevues menées par le BCL;
    - des documents transmis par le MSSS.

- Analyser les recherches et les études portant sur la situation des soins de santé au Nunavut.

- Analyser les recherches et les études portant sur les répercussions des barrières linguistiques sur la qualité des soins de santé et l'accès aux services de santé.

- Analyser les données et l'information recueillies afin de rédiger un aperçu de la situation concernant les communications et la prestation de services à l'HGQ.

- Rédiger un rapport préliminaire qui sera transmis au ministère de la Santé pour commentaires et réponses.

- Publier un rapport final intégrant les commentaires et les réponses du ministère de la Santé.

1.3. Chronologie des événements

1.3.1. Public

- Des annonces ont été publiées dans les journaux locaux et diffusées dans les stations de radio afin d'inviter les membres du public à partager leurs expériences à l'HGQ avec le Bureau du Commissaire aux langues.

- Une consultation publique a été tenue le 16 mai 2012 à Iqaluit. Cet événement a été annoncé par l'entremise des stations de radio et des avis ont été affichés dans de nombreux endroits publics dans la ville d'Iqaluit. En tout, sept participants ont assisté à l'événement, incluant trois représentants des médias et deux personnes du grand public.

- Nous avons donné des entrevues au Nunatsiaq News, à CBC North, à News North et à CFRT concernant les modalités de l'enquête.

1.3.2 Ministère de la Santé et des Services sociaux

- Une rencontre a eu lieu avec le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux pour discuter de l'enquête systémique.

- Plusieurs demandes d'opinions juridiques ont été présentées à notre conseiller juridique et plusieurs démarches ont dû être entreprises afin d'obtenir la documentation requise dans le cadre de l'enquête.

Liste des mesures prises par le BCL :

6 février 2012 : une lettre est transmise au sous-ministre de la Santé et des Services sociaux l'informant de la tenue d'une enquête systémique. N'ayant pas obtenu de réponse, nous avons contacté le Bureau d'accès à l'information et à la protection de la vie privée (ci-après «AIPVP») et communiqué de nouveau avec le MSSS. Les paragraphes qui suivent décrivent nos tentatives infructueuses.

4 juillet 2012 : notre conseiller juridique transmet une demande au bureau de l'AIPVP. Les documents suivants sont demandés afin de procéder à l'enquête systémique :

1. une copie du manuel de fonctionnement et de procédures pour le personnel d'accueil;
2. une copie du plan linguistique de l'Hôpital général Qikiqtani;
3. les procès-verbaux des réunions du Comité de sécurité, depuis sa création jusqu'à ce jour (mars 2013);
4. de l'information concernant la façon dont les fonds reçus pour les services linguistiques (français et inuktitut) sont alloués à l'Hôpital général Qikiqtani, ainsi qu'un rapport détaillé concernant la façon dont ils ont été utilisés;
5. des documents indiquant le nombre d'employés travaillant pour l'Hôpital général Qikiqtani et, parmi eux, le nombre capable de parler le français et le nombre capable de parler l'inuktitut.

Août 2012 : la commissaire aux langues transmet une autre lettre au sous-ministre de la Santé et des Services sociaux mentionnant l'autorité légale du BCL d'accéder aux documents requis et demandant les documents mentionnés ci-dessous avant le 15 septembre :

1. le manuel des procédures d'accueil de l'HGQ;
2. le plan linguistique de l'HGQ;
3. les procès-verbaux des réunions du Comité de sécurité, depuis sa création;
4. les politiques et les procédures de sécurité et d'assurance de la qualité;
5. les horaires des interprètes médicaux;
6. le rapport d'agrément 2011-2012;
7. la description de poste des traducteurs/commis interprètes;
8. la liste des formations linguistiques disponibles pour le personnel de l'HGQ et les participants en 2011-2012;

9. le rapport annuel 2011-2012 de l'HGQ;
10. la liste des postes recevant des primes de bilinguisme et la langue seconde parlée pour chaque poste.

1er novembre 2012 : le conseiller juridique du BCL confirme qu'il n'a reçu aucun document du MSSS à la suite de ces demandes.

5 novembre 2012 : un courriel est transmis au bureau de l'AIPVP indiquant que le sous-ministre n'a pas transmis les documents requis. Ce même jour, notre bureau reçoit une réponse indiquant que le sous-ministre enverra tous les documents requis d'ici la fin de la journée.

7 novembre 2012 : un autre courriel est transmis au bureau de l'AIPVP pour l'informer que nous n'avons pas reçu les documents de la part du sous-ministre et que nous souhaitons faire appel au commissaire à l'information et à la protection de la vie privée. Ce même jour, nous recevons un appel téléphonique du sous-ministre qui sollicite une rencontre; elle est fixée au 23 novembre 2012.

9 novembre 2012 : nous recevons une lettre du MSSS indiquant que nous n'aurons pas à contacter le bureau de l'AIPVP et que les documents requis nous seront directement remis.

23 novembre 2012 : la commissaire aux langues rencontre le sous-ministre qui accepte de transmettre certains documents, sans toutefois préciser quels documents.

9 janvier 2013 : une lettre est transmise au sous-ministre indiquant qu'aucun document n'a encore été reçu. De plus, un courriel est transmis afin de solliciter une autre rencontre en vue d'expliquer les étapes de l'enquête systémique et la pertinence des documents. Le sous-ministre n'a pas répondu à ce courriel.

5 février 2013 : la nouvelle commissaire aux langues, entrée en fonction à la mi-janvier 2013, rencontre le sous-ministre pour se présenter et discuter des activités du bureau, y compris cette enquête.

5 mars 2013 : six des dix documents demandés ont été reçus du bureau du sous-ministre.

Plusieurs lettres et avis envoyés au sous-ministre du MSSS à titre de rappel des demandes du BCL ont été ignorés. Plusieurs documents de très grande importance pour la conduite de l'enquête n'ont pas été transmis par le bureau du sous-ministre. Il a fallu treize mois après la première lettre transmise par notre bureau pour obtenir certains documents nécessaires à l'enquête.

2. PARTIE 1

2.1. ALLÉGATIONS

Entre 2000 et 2011, nous avons enregistré six préoccupations concernant les services linguistiques offerts par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Sur les six préoccupations, trois provenaient de la communauté inuit et trois de la communauté francophone. Ces préoccupations étaient les suivantes :

2001 : l'information au sujet des soins de santé est disponible uniquement en anglais (communauté inuit).

2003 : les avis transmis au sujet du renouvellement de la carte d'assurance-maladie du Nunavut contiennent des formulaires en anglais, en inuktitut, en inuinnaqtun et en français, mais les formulaires doivent être remplis uniquement en anglais (communauté inuit).

2010 : l'information au sujet des soins de santé est disponible uniquement en anglais (communauté francophone).

2011 : on a refusé à un individu qu'il agisse à titre d'accompagnateur d'un membre de la famille parce qu'il était unilingue, bien que la politique ne précise pas que la langue soit une exigence pour agir à titre d'accompagnateur (communauté inuit).

2011 : la candidature d'un individu pour un poste d'entretien à l'Hôpital général Qikiqtani avait été refusée en raison de sa maîtrise insuffisante de l'anglais (communauté francophone).

2011 : la brochure du Régime d'assurance-maladie du Nunavut, distribuée au moment du renouvellement de la carte d'assurance-maladie, n'était pas disponible en français (communauté francophone).

Au cours de l'enquête, nous avons interviewé 51 personnes. Les paragraphes qui suivent résument les allégations concernant six cas relatifs aux droits linguistiques.

Veuillez noter qu'il est important, dans le cadre d'un rapport d'enquête, de respecter le plus fidèlement possible la formulation des allégations telles qu'elles nous ont été transmises. De plus, afin de protéger l'identité des patients et de faciliter la lecture, nous avons utilisé le masculin lorsque cela était possible.

Cas 1

Ce cas est celui d'un couple dont la femme est enceinte. Ils sont bilingues, à l'aise avec les consultations qui ont eu lieu, la plupart du temps, en anglais. Cependant, en dépit de leur bonne compréhension de l'anglais, il arrive parfois qu'ils ne comprennent pas tout le sens des termes médicaux, surtout lorsqu'il s'agit d'acronymes et de jargon médical. La femme a demandé à son mari de participer aux consultations afin de bien comprendre toutes les informations, mais ils ont dû recourir à Internet pour comprendre le sens de certains termes.

Pendant l'accouchement, on a dit en anglais à la mère qu'il fallait procéder à une « *C-section »,* l'abréviation en anglais du mot césarienne. Elle n'a pas compris le sens de « *C-section »,* ni celui des événements qui allaient suivre. Trente minutes plus tard, elle était dans la salle d'opération pour la procédure. Comme son mari ne pouvait pas être présent, il ne pouvait l'aider à comprendre ce qui se passait. La patiente a indiqué qu'elle était en état de choc, confuse et très vulnérable. L'opération s'est déroulée en anglais et aucun service d'interprétation ne lui a été offert.

Cas 2

Une personne âgée se présente à l'hôpital pour des difficultés respiratoires, une situation qui lui arrivait à l'occasion. Le patient a rencontré un médecin et, parce que la conversation se déroulait en anglais, il n'a pas compris certaines questions. Il a demandé au médecin de répéter, celui-ci s'est fâché et a réprimandé le patient. Lorsque le patient lui a demandé pourquoi il était fâché, le patient indique que le médecin lui a répondu : « Je ne peux pas vous comprendre, je vais vous envoyer quelqu'un d'autre », et il est parti, laissant le patient seul avec ses problèmes respiratoires. Le patient a indiqué que, normalement, lorsqu'il se présentait à l'hôpital en raison de troubles respiratoires, on lui installait immédiatement un masque à oxygène.

Cas 3

Le médecin a demandé une échographie pour une femme enceinte de trois mois et a noté une possible anomalie du fœtus. Il souhaitait envoyer la patiente à Ottawa pour des tests supplémentaires. Les tests devaient être effectués avant la 15^{e} semaine de grossesse, au cas où il serait nécessaire d'interrompre la grossesse. Le couple a demandé que son dossier soit envoyé dans un hôpital au Québec afin de recevoir des services en français. Le processus a commencé et le dossier a été transféré. L'examen a révélé une anomalie et la grossesse a été interrompue.

L'année suivante, lorsque cette femme a appris qu'elle était enceinte, elle a consulté le médecin et a été une fois de plus dirigée vers Ottawa pour des tests supplémentaires. Le médecin traitant a demandé que le dossier du Québec soit envoyé à Iqaluit, car il contenait des informations pertinentes au sujet de la grossesse interrompue. Ce médecin a dû retourner dans le Sud et il a laissé des instructions pour le médecin qui le remplaçait auprès de cette patiente.

Alors qu'il restait seulement trois semaines avant la fin de la période de 15 semaines requise pour faire des tests, le couple, qui n'avait pas eu de nouvelles, a contacté le médecin responsable du suivi pour apprendre que celui-ci n'avait pas reçu de communication du bureau chargé des transferts médicaux.

Alors qu'il procédait à des vérifications pour savoir ce qui s'était passé, le médecin a appris que le dossier avait bien été transféré à Iqaluit, mais que la personne qui l'avait reçu l'avait mis de côté car il contenait des documents rédigés en français et qu'elle n'avait pas compris le

contenu de ces documents. L'employé n'a pas tenté de faire traduire les documents et ne les a pas transmis à une personne parlant le français. Lorsque les documents ont été localisés, il était malheureusement trop tard pour effectuer d'autres tests. Alors que la grossesse aurait dû être accueillie avec joie et excitation, ce couple a vécu dans la crainte et la confusion.

Cas 4

Un patient s'est rendu à l'urgence en raison d'une inflammation de la gorge. Il a attendu cinq heures avant de voir un médecin, même s'il était la seule personne dans la salle d'urgence.

À une autre occasion, il s'est présenté à l'urgence à 8 heures du matin et était la seule personne dans la salle d'attente. Il a enfin pu voir un médecin à 13 heures, car le dossier avait été égaré. Un infirmier qui l'avait vu assis seul à attendre pendant plusieurs heures l'a finalement aidé à obtenir le traitement requis. Le patient croit que le délai était dû au fait qu'il est francophone.

Il a subi une opération et aucun suivi n'a été effectué.

Il affirme que même si des services en français sont disponibles, il faut attendre deux semaines pour recevoir les services d'un médecin ou d'un spécialiste qui parle et comprend le français. Il a déjà demandé un interprète à une autre occasion et il a dû attendre l'arrivée de l'interprète pendant plusieurs heures.

Il croit que les patients francophones doivent attendre plus longtemps pour obtenir un rendez-vous et attendre plus longtemps dans la salle d'attente. Il a dit qu'il savait que plusieurs francophones ne communiquent pas par téléphone avec l'hôpital en raison des barrières linguistiques. De plus, le message d'accueil téléphonique de l'HGQ n'est pas disponible en français et il dit que, de toute façon, l'anglais est favorisé à l'HGQ. Il souligne également que l'information est rarement disponible en français.

Cas 5

Un individu a appris qu'il était atteint d'un cancer du poumon. Il a subi plusieurs tests et attendu afin de savoir quel traitement lui serait offert. Puisqu'il ne parle pas du tout l'anglais, sa fille l'accompagnait comme interprète. Au cours de son transfert vers Ottawa, la famille de l'homme a contacté le ministère de la Santé afin que l'épouse du patient puisse l'accompagner à Ottawa, pour permettre ainsi à sa fille de rester à la maison. L'infirmier a souligné qu'il était absolument nécessaire que l'accompagnateur ou l'accompagnatrice puisse parler l'anglais.

Le patient a dû interrompre ses traitements à Ottawa parce que son épouse ne parlait pas l'anglais. Une préoccupation a été déposée auprès du Bureau du Commissaire aux langues; nous avons contacté le sous-ministre pour trouver une solution immédiate au problème du requérant.

Cas 6

Un individu se présente à l'admission tôt un matin. Il parle en français et la préposée lui répond en anglais. Voyant que le patient continue à parler en français, l'employé tente de contacter un francophone, ou quelqu'un pouvant parler le français, afin d'agir à titre d'interprète. Comme il n'y a pas de réponse, et ne sachant trop quoi faire, la préposée devient agitée et, dans sa frustration, elle dit au patient : « Bon, vous allez devoir être raisonnable et parler l'anglais. »

En anglais, le patient lui a parlé du système de cybersanté, une initiative du ministère de la Santé qui préconise que la langue de communication préférée du patient soit indiquée dans son dossier. Le patient mentionne que la préposée n'avait aucune idée de ce dont il parlait et qu'elle ne s'en souciait pas. Une fois arrivé au service requis, il a été accueilli par un grand soupir quand il a demandé un service en français.

Le patient a mentionné être allé à l'hôpital à quelques reprises et, chaque fois qu'il n'y avait pas d'interprète francophone, le personnel à l'admission ne savait pas quoi faire lorsqu'aucun membre du personnel bilingue n'était disponible.

2.2. ENJEU

L'objectif de l'enquête systémique est de déterminer si l'Hôpital général Qikiqtani respecte ses obligations en vertu de l'article 11 de la Loi sur les langues officielles, L.R.T.N.-O 1988, en matière de communication avec le grand public (oral et écrit) et de prestation de services. En outre, l'enquête permettra de déterminer si les droits linguistiques des citoyens, tels qu'énoncés aux paragraphes 14 (1) et (2) de cette loi, sont également respectés.

2.3. CONTEXTE JURIDIQUE

2.3.1. Législation linguistique

L'enquête systémique a été réalisée alors que la Loi sur les langues officielles, L.R.T.N.-O 1988, était en vigueur. Même si Loi sur les langues officielles du Nunavut est entrée en vigueur le 1er avril 2013, ceci ne limite aucunement le pouvoir d'enquêter et de tirer des conclusions.

2.3.2. Droit de prendre une décision éclairée

En plus des mesures législatives générales en matière de droits de la personne, il existe des dispositions juridiques et éthiques spécifiques garantissant au patient le droit de prendre part au processus décisionnel médical, notamment le droit d'être informé des options de traitement et de prendre de son propre chef une décision éclairée à ce sujet.[6]

[6] Etchells, et autres, 1996, cité dans Sarah BOWEN. *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Ottawa, Santé Canada, 2001, p. 22.

Au Canada, en vertu de la *common law*, il est reconnu que lorsqu'un patient ne maîtrise pas une langue officielle, il incombe au médecin de veiller à ce que le patient comprenne l'information qui lui est communiquée avant l'administration du traitement (Arrêt Champion, 2000)[7].

2.3.3. Précédent en matière de responsabilité

Les requérants à la base de cette enquête systémique ont transmis leurs préoccupations au Bureau du Commissaire aux langues, mais ils auraient aussi pu décider d'entreprendre des recours juridiques afin de faire respecter leurs droits linguistiques. La cause de Suzanne Houde contre le Stanton Regional Hospital[8], aux Territoires du Nord-Ouest, est un exemple de jugement où il y eu appel. La requérante alléguait qu'elle ne pouvait communiquer ou recevoir des services de soins de santé en français de la part du personnel de l'hôpital. Elle a choisi d'utiliser la voie des tribunaux pour faire valoir ses droits. Une compensation financière a été versée à la requérante. Il est possible de lire le texte de cette cause en consultant : Procureur général des Territoires du Nord-Ouest c. Fédération Franco-Ténoise, 2008 CATN-O 6 (CanLII).

2.3.4. Mandat du commissaire aux langues

Comme le stipule l'article 20 (1) de la Loi sur les langues officielles, L.R.T.N.-O 1988 :

> « Il incombe au commissaire aux langues de prendre, dans le cadre de sa compétence, toutes les mesures visant à assurer la reconnaissance des droits, du statut et des privilèges liés à chacune des langues officielles et à faire respecter l'esprit de la présente loi et l'intention du législateur en ce qui touche l'administration des affaires des institutions gouvernementales, et notamment la promotion des langues autochtones dans les territoires. »

En vertu de l'article 21 (1):

> « Le commissaire aux langues instruit toute plainte légitime reçue au sujet d'un acte ou d'une omission d'une institution gouvernementale, et faisant état d'un cas précis de non-reconnaissance du statut d'une langue officielle, de manquement à une loi ou un règlement sur le statut ou l'usage des langues officielles ou encore à l'esprit de la présente loi et à l'intention du législateur. »

[7] *Ibid.*
[8] Maintenant appelé Stanton Territorial Hospital.

2.3.5. Compétence en matière d'enquête systémique

2.3.5.1. Hôpital général Qikiqtani : une institution territoriale

En 1999, le ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Nunavut a repris les fonctions des conseils d'administration relevant du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et ainsi pris le contrôle de la « gestion, du contrôle et du fonctionnement » de l'hôpital. L'HGQ est depuis géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux qui est une « institution territoriale » aux termes de la LPLI[9] et de la nouvelle LLO,[10] et une « institution gouvernementale » aux termes de la LLO actuelle. Tous les documents relatifs au fonctionnement de l'HGQ sont donc en possession ou sous le contrôle d'une « institution territoriale », à savoir, le gouvernement du Nunavut (par l'entremise du ministère de la Santé et des Services sociaux), et peuvent faire l'objet d'une enquête de la part du commissaire aux langues.

2.3.5.2. Pouvoir d'enquête du commissaire aux langues

L'article 20 (2) de la Loi sur les langues officielles, L.R.T.N.-O. 1988, stipule :

> « […] le commissaire aux langues peut procéder à des enquêtes, soit de sa propre initiative, soit à la suite des plaintes qu'il reçoit, et présenter ses rapports et recommandations en conformité avec la présente loi. »

2.3.5.3. Enquête systémique

La tenue d'une enquête sur l'ensemble des services de santé offerts par le MSSS dans le territoire (médecins généralistes, dentistes, opticiens, pharmaciens, etc.) se serait avérée une entreprise colossale. C'est pourquoi nous avons décidé de diriger l'enquête sur les soins primaires offerts en français et en langue inuit à l'Hôpital général Qikiqtani à Iqaluit. Nous avons basé notre décision sur le fait que les soins primaires constituent la porte d'entrée aux soins de santé pour la plupart d'entre nous.

Une enquête peut prendre la forme d'une enquête systémique lorsque le non-respect des droits linguistiques semble constituer un problème endémique. La décision de procéder à une enquête systémique est fondée sur une liste de critères respectant les pratiques des ombudsmans au Canada.

[9] LPLI désigne la Loi sur la protection de la langue inuit.

[10] La nouvelle LLO est la Loi sur les langues officielles du Nunavut qui n'était pas encore en vigueur en 2012. La LLO actuelle est la loi qui était en cours, et toujours vigueur en 2012, soit la Loi sur les langues officielles, L.R.T.N.-O 1988.

Dans le cas de l'HGQ, ce type d'enquête a été choisi pour les raisons suivantes :

a) **Le nombre de préoccupations reçues est important**. Comme cela a été mentionné précédemment, six préoccupations ont été enregistrées entre 2000 et 2011 concernant les services linguistiques fournis par le ministère de la Santé et des Services sociaux, trois provenant de la communauté inuit et trois de la communauté francophone.

   Facteurs à prendre en considération concernant le nombre de préoccupations reçues :

   - les barrières de communication peuvent empêcher ou décourager les patients de déposer une préoccupation;

   - les patients peuvent aussi ne pas connaître leurs droits ou la procédure pour déposer une préoccupation;

   - certains patients peuvent avoir peur de déposer une préoccupation par crainte de répercussions sur les soins dont ils pourraient avoir besoin dans le futur;

   - le facteur culturel doit également être pris en compte. Plusieurs Inuit ne sont pas familiers ou sont mal à l'aise avec le processus de « plainte » formelle car il a pour eux des connotations négatives. En effet, de nombreux adultes ont été découragés de poser de tels gestes alors qu'ils étaient enfants;

   - il faut tenir compte d'une donnée importante : selon les statistiques du Commissariat aux langues officielles, pour chaque préoccupation reçue, on compte environ 21 personnes touchées qui ne déposent pas leur préoccupation de manière formelle.

   On pourrait penser qu'un plus grand nombre de préoccupations auraient été déposées à notre bureau, ou encore que des poursuites contre l'hôpital auraient été entreprises.

b) **Un grand nombre de personnes sont potentiellement à risque**. L'HGQ est un hôpital régional situé à Iqaluit qui sert également les collectivités de la région de Qikiqtaaluk (également appelé Qikiqtani ou Baffin), comprenant un bassin de population estimée à 18 397 personnes en 2012 (18 852 en 2013).

Le tableau ci-dessous a été fourni par l'hôpital et illustre le nombre de patients vus à l'hôpital chaque année :

	2009	**2010**	**2011**
Chirurgie mineure	678	727	787
Urgence	16 004	16 589	17 651
Clinique	17 740	17 523	16 201
Psychiatrie	150	121	180
Médecine	644	601	540
Obstétrique	496	459	449
Pédiatrie	288	238	244
Chirurgie	165	161	130
Accouchements	398	387	383
Total	**36 563**	**36 806**	**36 565**

c) La situation touche de grands enjeux stratégiques. Il y a deux enjeux importants : la pérennité et le respect des lois linguistiques**.**

Pérennité

La langue est un patrimoine culturel et l'expression permanente de l'identité d'un peuple. Elle est le fondement nécessaire pour la pérennité des Inuit du Nunavut en tant que peuple possédant une identité culturelle et linguistique distincte, et celle des francophones en tant que communauté de langue française en milieu minoritaire.

Pour la communauté inuit, l'usage de la langue inuit est un élément indispensable à l'amélioration du bien-être social, économique et culturel des Inuit conformément aux dispositions de l'Accord sur les revendications territoriales du Nunavut. Des mesures positives sont nécessaires pour protéger et promouvoir la culture inuit, dont la langue est un élément essentiel.

La communauté francophone est très présente et dynamique à Iqaluit et, comme toute communauté de langue française en milieu minoritaire, la pérennité de la langue va de pair avec sa vitalité. La situation de minorité linguistique et culturelle affecte grandement cette communauté et sa vitalité requiert la protection et la promotion du français.

Respect des lois linguistiques

Le gouvernement du Nunavut doit s'engager à respecter ses obligations en tant que gouvernement public, notamment en assurant la protection et la promotion des droits linguistiques de la population, ainsi que le droit à l'égalité et à la non-discrimination.

L'absence de dispositions juridiques, l'accessibilité limitée et la qualité restreinte des services linguistiques fournis par les institutions territoriales lorsqu'elles doivent communiquer et offrir des services au public, contreviennent aux exigences de la LLO.

d) Le problème est récurrent. Les problèmes linguistiques existent à l'Hôpital général Qikiqtani depuis plusieurs années sans qu'il y ait eu d'amélioration des services linguistiques. En fait, trois études ont été menées en 2004, 2006 et 2009. La première étude a été préparée par Julie Beaulieu, la seconde par le Réseau de santé en français pour l'Association des francophones du Nunavut et la troisième a été publiée par la Nunavut Tunngavik Incorporated (NTI).

L'étude de 2004[11] sur les besoins en santé de la population francophone du Nunavut a été menée auprès de 90 francophones (86 d'Iqaluit et 4 d'autres collectivités) au moyen de sondages téléphoniques. Les paragraphes qui suivent présentent leurs principaux constats :

- manque de professionnels de la santé pouvant fournir des services en français : 35 % des répondants ont déclaré qu'ils avaient de la difficulté à obtenir des soins de santé en français et 70 % pensent qu'il n'y a pas de professionnels de la santé capables de fournir des services en français;
- en 2004, 89 % des services offerts par des professionnels (clinique ou hôpital) étaient offerts en anglais. La majorité des répondants consultent d'abord leur médecin de famille (88 % des services fournis en anglais), puis les pharmaciens (100 % en anglais) et le personnel infirmier (90 % en anglais);
- très peu de répondants (13 %) ont participé à des activités de promotion ou de prévention car elles sont uniquement offertes en anglais. Cela s'applique également aux programmes prénataux et postnataux.

[11] Cité dans RÉSEAU DE SANTÉ EN FRANÇAIS (Résefan). *Des services de santé en français dans un Nord en mutation,* Iqaluit, Association des francophones du Nunavut, 2006.

L'étude de 2006[12] a été réalisée au moyen d'entrevues auprès de la population francophone (33 francophones d'Iqaluit et de deux collectivités voisines), de 7 professionnels de la santé et intervenants offrant des services en français et de 8 gestionnaires du MSSS, principalement des anglophones.

Leur étude confirme les résultats de l'étude de 2004 concernant les besoins et les attentes de la communauté francophone et a permis d'identifier les priorités en matière de services de santé primaires.

Voici certains de leurs constats :

- 60 % des répondants (population) sont insatisfaits des services de santé : taux de roulement élevé des médecins, perte de suivi médical résultant de ce taux de roulement, directives concernant les prélèvements sanguins, les tests de laboratoire et les doses de médicaments disponibles uniquement en anglais, ainsi que de nombreux services disponibles uniquement en anglais;

- 95 % des patients de l'hôpital sont des Inuit et ils ont de la difficulté à recevoir des services dans leur langue;

- certains gestionnaires anglophones affirment que tous les francophones sont bilingues, qu'ils peuvent accéder aux services en anglais sans problème et que, par conséquent, l'accessibilité n'est pas un problème;

- certains gestionnaires anglophones ont indiqué que les francophones ne constituaient pas une priorité;

- l'accessibilité aux soins de santé en français varie d'un endroit à l'autre, et d'une période de temps à une autre, selon la disponibilité des professionnels de la santé bilingues ou francophones.

[12] RÉSEAU DE SANTÉ EN FRANÇAIS (Résefan). *Des services de santé en français dans un Nord en mutation,* Iqaluit, Association des francophones du Nunavut, 2006.

Le rapport de la NTI publié en 2009[13] décrit la situation des soins de santé pour les locuteurs de la langue inuit de la manière suivante :

> « Les barrières linguistiques et culturelles séparent les intervenants en soins de santé des patients. Ces barrières peuvent mener à un diagnostic et à des traitements pour des problèmes de santé incomplets ou incorrects en raison de la compréhension limitée des propos du patient de la part des intervenants en santé. Un informateur a noté que les stratégies du Sud en matière de santé publique ont tendance à s'appuyer sur des documents écrits et de la fourniture de textes, de ressources et d'informations provenant du Web. Dans les collectivités du Nord, la communication la plus efficace est verbale et individuelle. Cette approche nécessite toutefois la maîtrise de la langue du patient et la connaissance des styles de communication culturellement pertinents.
>
> Un grand nombre d'Inuit ont peu confiance dans le modèle actuel de prestation de services de santé et, dans une certaine mesure, dans le personnel des centres de santé. Ils ont le sentiment que leurs besoins ne sont pas bien compris dans la collectivité et que les lacunes de communication sont encore plus importantes lorsqu'ils doivent se rendre dans des centres régionaux pour y recevoir des soins.
>
> Dans les collectivités comme Rankin Inlet, possédant une proportion assez élevée d'infirmières et d'infirmiers inuit (cinq sur sept), les informateurs ont noté un impact très positif sur les impressions des patients inuit qui peuvent accéder à des soins de santé dans leur propre langue. Plusieurs informateurs ont souligné que la présence d'infirmières et d'infirmiers inuit au sein du personnel atténue une grande partie du stress ressenti par les infirmières et infirmiers non Inuit qui travaillent à temps plein. »

[13] NUNAVUT TUNNGAVIK INCORPORATED. *Recruitment and Retention of Inuit Nurses in Nunavut,* Iqaluit, 2009.

e) **Les recommandations formulées par le Bureau du Commissaire aux langues ont été ignorées**. La première recommandation formulée par la commissaire aux langues au ministère de la Santé et des Services sociaux était contenue dans le rapport annuel 2003-2004 :

> « Je recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) prenne toutes les mesures nécessaires pour s'assurer que ses pratiques de communications sont conformes à la Loi sur les langues officielles du Nunavut. Le ministère doit prendre des mesures appropriées pour s'assurer que les Nunavummiut peuvent communiquer avec eux en personne, par écrit ou par tout autre moyen, dans la langue officielle de préférence du citoyen. Je recommande de plus que le ministère assigne à l'un de ses sous-ministres adjoints le rôle de superviser la conformité des communications du ministère à la Loi sur les langues officielles, s'assurant ainsi que le ministère n'ignore pas à l'avenir ses obligations en vertu de la loi.»

Par la suite, une enquête téléphonique a été menée le 7 septembre 2010 par le BCL auprès de 29 administrations centrales du MSSS afin d'évaluer les services linguistiques. Des recommandations ont été formulées à la suite de cette enquête et il est mentionné dans le rapport annuel 2011-2012 que ces recommandations n'avaient pas été mises en œuvre :

- le système de messagerie vocale de l'HGQ et de ses bureaux centraux n'a pas de message dans toutes les langues officielles;

- les services de base, les activités de promotion et l'offre active de services ne sont pas disponibles en inuktitut et en français, ni d'ailleurs les services de soins de santé;

- une légère amélioration a été notée concernant les affiches et les avis. Les affiches et les avis sont disponibles dans toutes les langues officielles, mais ils sont souvent placés dans un ordre aléatoire et ne donnent pas la même visibilité à toutes les langues officielles;

- il y a très peu de formation continue pour les interprètes médicaux de langue inuit. Le taux de participation dans le cadre du programme des traducteurs/interprètes au Collège de l'Arctique du Nunavut est très faible.

2.4. MÉTHODOLOGIE

2.4.1. Entrevues

Un questionnaire (annexe 1) a été élaboré et a été utilisé dans le cadre des entrevues menées auprès de 51 personnes :

- 4 médecins;
- 8 commis-interprètes;
- 6 infirmières;
- 10 superviseurs/gestionnaires/directeurs à l'HGQ;
- 12 membres du public de différentes collectivités, soit 8 locuteurs de la langue inuit et 4 locuteurs du français;
- 3 techniciens de laboratoire;
- 8 représentants d'organisations et de tierces parties de différentes collectivités du Nunavut.

Cinquante entrevues ont été enregistrées avec le consentement verbal des répondants et un répondant a préféré donner ses réponses par écrit.

Les membres du public sont des personnes qui ont communiqué avec notre bureau pour partager leur expérience à l'HGQ.

Un premier questionnaire écrit (annexe 2) a été transmis à tous les médecins de l'hôpital, mais aucun d'eux n'a répondu. Par conséquent, nous avons dû rencontrer certains d'entre eux en personne afin de procéder aux entrevues. Un membre du personnel de l'hôpital a coordonné ces entrevues. Nous avons également rédigé une lettre expliquant les modalités de l'enquête et elle a été transmise à tous les employés.

Un troisième questionnaire (annexe 3) a été conçu pour mener des entrevues auprès des agences de soins infirmiers.

2.4.2. Documentation

Plusieurs lettres et avis transmis au sous-ministre du MSSS n'ont pas reçu de réponse. De nombreux documents essentiels pour la conduite de l'enquête n'ont pas été fournis par le bureau du sous-ministre; il a fallu plus de sept mois après la demande présentée par les conseillers juridiques du BCL pour obtenir certains documents requis dans le cadre de l'enquête, soit près de treize mois après la première correspondance transmise par le BCL au sous-ministre.

De la liste des dix documents demandés, seuls les documents suivants ont été transmis par le MSSS (en date du 5 mars 2013) pour nous permettre de mener l'enquête systémique :

1. une copie du manuel de fonctionnement et des procédures pour le personnel d'accueil;
2. une copie du plan linguistique de l'Hôpital général Qikiqtani : nous n'avons reçu que des copies de courriels portant sur cette question;
3. les procès-verbaux des réunions du Comité de sécurité, depuis sa création jusqu'à aujourd'hui (mars 2013);
4. le rapport d'agrément 2011-2012;
5. de l'information concernant l'octroi des fonds versés pour les services linguistiques (inuktitut et français) à l'Hôpital général Qikiqtani ainsi qu'un rapport détaillé de leur utilisation : nous n'avons reçu que des copies de courriels portant sur des fonds alloués au français, et aucun document concernant les fonds alloués à la langue inuit;
6. des dossiers indiquant le nombre d'employés travaillant à l'Hôpital général Qikiqtani, notamment le nombre de personnes capables de parler l'inuktitut et le nombre de personnes capables de parler le français : nous n'avons reçu qu'un courriel indiquant le nombre de locuteurs (membres du personnel uniquement, mais sans information au sujet des postes occupés).

2.5. ÉLÉMENTS PRIS EN CONSIDÉRATION DANS LE CADRE DE L'ENQUÊTE

Il est important de noter que les commentaires qui suivent portent sur la situation existant à l'HGQ entre le 1er mars 2012 et le 31 mars 2013 et qu'ils ont été exprimés lors des entrevues. Dans le cadre d'un rapport d'enquête, il est important de conserver la formulation des allégations de la manière la plus rapprochée possible de ce qui nous a été transmis. Afin de préserver l'esprit des allégations, nous devons maintenir notre impartialité et éviter toute interprétation erronée.

Après examen des entrevues menées par notre bureau et des documents transmis par le MSSS, les paragraphes qui suivent présentent l'information retenue dans le cadre de l'enquête.

2.5.1. Politique linguistique et offre active

- L'hôpital n'a pas de plan ou de politique linguistique.

> « Si vous me demandez de vous présenter une politique, je serai incapable de le faire. Je dois admettre que je n'en ai vu aucune. Mais lorsque les gens demandent des services dans la langue de leur choix, nous faisons tous les efforts pour que cela soit possible. »

- Selon les commentaires reçus, il n'y a pas de formation linguistique offerte. Les personnes qui souhaitent suivre des cours de langue ont beaucoup de difficulté à le faire en raison de leur horaire de travail.

- À titre de formation, une séance d'orientation est offerte, mais elle est limitée :

  > « L'avion arrive à midi. Il y a une séance d'orientation en après-midi. Il y a trois pages sur la culture inuit, le mode de vie des Inuit, des choses typiques pertinentes pour les Inuit. Il n'y a rien sur les langues. »

- Il n'y a pas d'offre active à l'hôpital : le patient n'est pas informé de son droit de demander un interprète, et on n'offre pas de manière active les services d'un interprète.

- Les avis et les documents écrits, comme les formulaires de consentement, ne sont pas disponibles dans toutes les langues officielles.

- Lors du processus d'admission, il est possible d'inscrire la langue de communication préférée du patient dans le dossier informatisé; malheureusement certains patients disent qu'on ne leur pose pas cette question, ou que l'information n'est pas inscrite.

- Malgré les efforts de l'hôpital afin d'embaucher du personnel francophone ou parlant le français, comme cela a déjà été le cas, les gestionnaires indiquent qu'ils sont confrontés à des résistances :

  > « Nous avons tenté d'afficher ceci [poste de coordonnateur des services en français], mais le sous-ministre, qui n'est plus en poste, a annulé l'affichage en disant qu'en tentant d'embaucher une personne francophone pour ce poste, je violais l'Accord sur les revendications territoriales du Nunavut. Et on m'a demandé d'embaucher un bénéficiaire pour ce poste. Mon adjointe administrative, par exemple, est censée être une locutrice de langue française. Le ministère a comme renversé cette décision. Alors, le poste devait à l'origine requérir la connaissance du français et notre ministère a choisi d'en faire un poste requérant la connaissance de l'inuktitut. »

- Le gestionnaire de chacun des départements (de l'hôpital) est responsable de recruter son propre personnel par l'entremise du service des ressources humaines.

- Pour l'exercice 2011-2012, le MSSS a reçu du financement du ministère de la Culture et du Patrimoine pour promouvoir le français à l'hôpital (90 000 $). Aucun document n'a été fourni concernant le financement pour la langue inuit.

- Au cours des entrevues, un élément important est ressorti, à savoir que les gens ne sont pas au courant des lois linguistiques, non seulement les gestionnaires, les directeurs et le personnel de l'hôpital, mais également des membres du personnel et les gestionnaires du MSSS.

2.5.2. Barrières linguistiques

- Comme l'a souligné un médecin lors d'une entrevue :

> « Beaucoup de nos patients sont unilingues. Nous ne sommes pas à la hauteur et nous ne fournissons pas vraiment les meilleurs services parce que nous ne pouvons pas les comprendre et ils ne peuvent pas nous comprendre. Ce n'est pas du tout acceptable. »

- Certains membres du personnel médical interviewés disent qu'ils sont mal à l'aise avec le fait qu'ils ne peuvent pas communiquer avec les patients en raison des barrières linguistiques. Ils sont conscients des problèmes actuels et potentiels résultant d'un manque de communication entre eux et le patient. Ils disent qu'ils essaient d'aider le patient du mieux qu'ils peuvent et d'établir les meilleures pratiques de communication compte tenu du manque de ressources à leur disposition.

- Des problèmes liés à la sécurité, à l'obtention du consentement éclairé et à l'administration de médicaments existent à l'hôpital.

- Toutefois, il faut préciser que lors du processus d'entrevues, les patients ont noté la compréhension et les efforts de certains membres du personnel médical afin de surmonter les barrières de communication.

2.5.3. Interprétation

- Pour certains gestionnaires, l'interprétation est un « luxe qu'on ne peut pas s'offrir » et « nous avons des préoccupations plus importantes que les langues ».

- Les interprètes qui travaillent à l'hôpital sont des commis-interprètes.

- Il y a six commis-interprètes anglais-inuktitut et aucun commis-interprète anglais-français. La majorité de ces personnes ne sont pas formées pour intervenir dans le milieu médical et possèdent peu ou pas de connaissance de la terminologie médicale et du vocabulaire utilisé pour décrire l'anatomie. Il n'y a pas de formation en matière de terminologie médicale offerte aux commis-interprètes.

- Des membres du public sont invités à agir à titre d'interprètes.

- Il y a un niveau élevé d'absentéisme chez les commis-interprètes.

- En dehors des heures normales de travail (fins de semaine, soirées, nuits), les commis-interprètes ne sont pas disponibles.

- Il n'y a pas toujours d'interprètes présents sur les lieux :

> « À certains moments, il n'y a personne dans l'édifice qui parle l'inuktitut. Nous ne fonctionnons pas bien sans une telle ressource. Cette année, ça a été très mauvais, au point où nous n'avions uniquement qu'une interprète. Elle travaillait uniquement sur un quart de travail et nous avons des besoins pour quatre quarts de travail; trois quarts se déroulaient sans personne sur les lieux….Ce que je constate, en vivant dans le Nord depuis longtemps, c'est que les Inuit sont vraiment conciliants, mais ce n'est certainement pas une raison pour ne pas les servir dans leur langue. »

- Plusieurs employés ont parlé du manque de personnel bilingue et d'interprètes qualifiés. Ils ont exprimé leur malaise lié au fait qu'ils ne pouvaient pas communiquer avec certains patients. Ils ont mentionné être conscients des risques encourus pour la santé et la sécurité des patients qui ne parlent pas l'anglais :

> « Le patient est à risque s'il y a des lacunes de communication et il est à risque si personne ne peut comprendre correctement le message qui est transmis : ça ne devrait pas être une question de quantité de soins, mais de qualité. »

- Les gens qui sont invités à agir comme interprète s'appuient sur des gestes pour essayer de comprendre le patient lorsque la communication verbale est difficile.

- Lorsqu'un patient qui parle l'inuktitut n'est pas accompagné par un membre de sa famille ou un ami, qu'une demande est faite pour un interprète et que celui-ci n'est pas sur les lieux, c'est tout d'abord l'autre patient dans la chambre, le personnel d'entretien ou le personnel de sécurité qui sont appelés à servir d'interprète. Les autres personnes susceptibles de servir d'interprète sont des infirmières et infirmiers ou du personnel de bureau parlant l'inuktitut, si ces personnes sont disponibles.

> « Le pire des cas dont j'ai été témoin est lorsque nous avons dû utiliser d'autres patients comme interprètes. Évidemment, c'est une violation de confidentialité, mais je crois également que si j'utilise un patient pour traduire pour un autre patient, ça transgresse les droits médicaux. Vous êtes ici pour vous rétablir et on vous utilise comme si vous étiez membre du personnel. Parfois, le patient doit tenter d'aider, mais c'est la meilleure solution que nous pouvons trouver. »

- Lorsqu'un patient qui parle le français n'est pas accompagné par un membre de sa famille ou un ami, il appert que c'est tout d'abord le personnel francophone ou parlant le français qui travaille au laboratoire qui est appelé. Les autres personnes susceptibles de servir d'interprète sont des infirmières et infirmiers, des médecins ou des internes francophones, ou toute autre francophone bilingue membre du personnel médical, si de telles personnes sont présentes et disponibles.

- Nous avons constaté dans les procès-verbaux et lors des entrevues, la difficulté de travailler avec des interprètes non qualifiés pour travailler dans un cadre médical, ainsi que le malaise à l'idée d'utiliser le personnel du laboratoire comme interprète pour les patients francophones.

- Le déplacement d'employés de leurs fonctions habituelles pour agir à titre d'interprète a des conséquences dont la diminution de leur rendement dans leurs tâches respectives, ce qui impose une charge de travail accrue à leurs collègues et a pour effet de démotiver ces employés et leurs collègues dans l'exécution de leurs tâches.

- La lecture des procès-verbaux nous a permis de constater que le manque d'interprètes est une préoccupation et que des solutions ont été identifiées, comme la création et la distribution d'une liste d'interprètes et de membres du personnel bilingues. Malheureusement, la plupart du temps, les gens indiquent qu'ils ne connaissent pas l'existence de cette liste.

- Une idée largement répandue est que la prime de bilinguisme est offerte automatiquement aux membres du personnel parlant l'inuktitut et l'anglais. Les personnes qui peuvent communiquer en français, et à qui on a demandé d'agir comme interprètes, disent avoir dû se battre pendant plus de deux ans avec les ressources humaines pour obtenir cette prime.

2.6. RÉSULTATS

À la lumière des faits, les préoccupations sont bien fondées et l'enquête systémique nous a permis de constater que l'Hôpital général Qikiqtani ne respecte pas ses obligations linguistiques en vertu de l'article 11 de la Loi sur les langues officielles, L.R.T.N.-O 1988, et viole les droits linguistiques des citoyens, tels qu'énoncés à l'article 14 (1) et (2) de cette même loi.

Voici les résultats de l'enquête systémique :

2.6.1 Politique linguistique et offre active

1. Il n'y a pas de politique ou procédure linguistique en vigueur à l'Hôpital général Qikiqtani.
2. Il n'y a pas d'offre active en vigueur à l'Hôpital général Qikiqtani.
3. La grande majorité des communications avec les patients et la prestation des services se font uniquement en anglais.
4. La direction de l'HGQ est confrontée à la résistance du service des ressources humaines car leurs politiques favorisent l'embauche de bénéficiaires, limitant ainsi la possibilité d'embaucher du personnel francophone.
5. La formation est offerte sur la langue et la culture inuit uniquement alors que d'autres cultures sont présentes, principalement à Iqaluit, et aucune mention n'est faite des lois linguistiques ou des exigences légales.
6. Le gestionnaire de chacun des départements (de l'hôpital) est responsable de recruter son propre personnel par l'entremise du service des ressources humaines.

Recommandation 1

Le ministère de la Santé devrait :

- élaborer un plan et des directives linguistiques;
- intégrer des exigences de compétences linguistiques dans ses normes de qualité et de sécurité;
- identifier des mesures concrètes pouvant être prises pour assurer une amélioration continue.

Recommandation 2

Le ministère de la Santé et le ministère des Finances devraient revoir les politiques d'embauche qui prévoit une priorité d'embauche pour inclure celles requérant la capacité de communiquer en français et en anglais, après avoir considéré les obligations prévues dans l'Accord sur les revendications territoriales.

Recommandation 3

Le ministère de la Santé devrait s'assurer :

- que tous ses employés sont bien informés des droits linguistiques et qu'ils comprennent que le choix de la langue est une pratique significative;
- que cela est intégré dans la pratique quotidienne.

Recommandation 4

Le ministère de la Santé devrait fournir et promouvoir une offre active et rendre possible sa mise en œuvre de manière systématique et efficace dans l'ensemble des services de soins primaires, y compris les services d'accompagnateurs et d'évacuations médicales d'urgence.

Recommandation 5

Le ministère de la Santé devrait élaborer et mettre en œuvre des mesures de reddition de compte au sein des cadres supérieurs concernant les obligations linguistiques.

2.6.2 Barrières linguistiques

7. Il existe des barrières linguistiques à l'Hôpital général Qikiqtani.
8. Les patients qui parlent l'inuktitut et le français sont confrontés à d'importantes et sérieuses barrières linguistiques.
9. Les patients inuit et francophones ne bénéficient pas des mêmes normes éthiques en matière de soins de santé que les patients anglophones.
10. Les barrières linguistiques ont un impact négatif sur la qualité des soins, la sécurité des patients et l'accès aux services de santé.
11. Les problèmes de communication entre les patients et les intervenants peuvent entraîner une erreur de diagnostic et influencer la pertinence des traitements de suivi.
12. Les droits des patients à la confidentialité et au consentement éclairé pourraient ne pas être protégés.

Recommandation 6

Le ministère de la Santé devrait établir des stratégies qui décrivent les méthodes utilisées pour éliminer les barrières linguistiques, ce qui faciliterait l'accès aux services de soins de santé et améliorerait les soins de santé.

Recommandation 7

Le ministère de la Santé devrait établir un objectif clair concernant l'importance de garantir l'égalité en matière de services de soins de santé primaires pour tous les groupes de langue officielle.

2.6.3 Interprétation

13. Les commis-interprètes pour les patients parlant l'inuktitut possèdent peu ou pas de formation pour travailler dans le domaine médical. La terminologie et le jargon anatomique et médical ne sont pas compris.
14. Il n'y a pas d'interprètes professionnels de langue française.
15. En dehors des heures normales de bureau (fins de semaine, soirs, nuits), il n'y a pas de commis-interprètes.
16. Des membres du public sont invités à agir comme interprète.
17. Il y a un taux élevé d'absentéisme chez les commis-interprètes.
18. Des gens sont invités à servir d'interprète lorsqu'il n'y a pas d'interprètes disponibles :
    a. dans le cas des patients parlant la langue inuit : des membres de la famille, du personnel d'entretien ménager, du personnel de sécurité, des patients présents dans la chambre, des infirmières et infirmiers, et du personnel de bureau (s'ils sont disponibles);
    b. dans le cas des patients francophones : des membres de la famille, du personnel travaillant au laboratoire, des infirmières et infirmiers, des médecins, du personnel médical (s'il y en a et s'ils sont disponibles).
19. Il n'existe pas de plan de remplacement dans les cas où un commis-interprète n'est pas disponible.

Recommandation 8

Le ministère de la Santé devrait établir des normes de services concernant la disponibilité des services d'interprétation à l'HGQ et ce, à toutes heures. Des services d'interprétation/traduction devraient être disponibles en tout temps pour les patients.

Recommandation 9

Le ministère de la Santé devrait s'assurer que lorsqu'un patient a choisi de communiquer dans une langue officielle, celle-ci soit utilisée tout au long de la chaîne de services, y compris pour les services d'accompagnateurs et les services d'évacuations médicales d'urgence.

Recommandation 10

Le ministère de la Santé devrait se pencher sur le besoin de planification pour une main-d'œuvre bilingue (inuktitut-anglais, français-anglais) et d'embauche d'interprètes professionnels.

Recommandation 11

Le ministère de la Santé et le ministère des Finances devraient revoir les politiques d'embauche afin de s'assurer qu'elles respectent la législation linguistique et mettre l'accent sur le recrutement de professionnels de la santé qualifiés bilingues.

Recommandation 12

Le ministère de la Santé et le ministère des Finances devraient accorder aux interprètes un statut professionnel afin de répondre aux enjeux d'équité salariale et de faciliter le recrutement et le maintien en poste des interprètes.

Recommandation 13

Le ministère de la Santé, en collaboration avec l'Inuit Uqausinginnik Taiguusiliuqtiit (IUT), devrait élaborer des outils appropriés pour évaluer les compétences linguistiques des interprètes médicaux.

Recommandation 14

Le ministère de la Santé devrait travailler avec le ministère des Finances, les fournisseurs de formation linguistique et le Collège de l'Arctique du Nunavut (CAN) pour former les employés de l'HGQ afin de répondre aux exigences en matière de langue dans le secteur des soins primaires.

3. PARTIE 2

La partie 2 du rapport présente la situation des soins de santé au Nunavut, les besoins des communautés inuit et francophone, l'importance d'une bonne communication dans la relation patient-praticien et les répercussions des barrières linguistiques sur les soins de santé.

3.1. Situation concernant les soins de santé au Nunavut

3.1.1. Réseau des soins de santé

L'information contenue dans cette section est tirée du Rapport annuel 2012-2013 concernant la Loi canadienne sur la santé et du Rapport d'étape 2013 sur le renouvellement des soins de santé au Canada élaboré par le Conseil canadien de la santé (mai 2013).

Le Nunavut compte très peu de praticiens en soins primaires pour sa taille, soit environ un médecin pour 3 000 habitants, par rapport à un médecin pour 400 habitants dans les régions du sud du Canada. En 2012, uniquement 46 infirmières et infirmiers, incluant les infirmières et infirmiers praticiens, desservaient l'ensemble du territoire.

Le ministère de la Santé dispose de trois bureaux régionaux qui exécutent la prestation des services de santé au niveau régional. En 2012-2013, des services hospitaliers assurés étaient fournis dans 28 établissements situés dans l'ensemble du territoire, soit un hôpital général (Iqaluit), deux établissements de santé régionaux (Rankin Inlet et Cambridge Bay), 22 centres de santé communautaires, deux établissements de santé publique (Iqaluit et Rankin Inlet) et une clinique de médecine familiale (Iqaluit). Des services de réadaptation sont offerts au Centre Timimut Ikajuksivik d'Iqaluit.

La prestation des services de santé au Nunavut repose sur un modèle de soins de santé primaires offerts par des médecins de famille, des infirmières et infirmiers praticiens et des infirmières et infirmiers en santé communautaire. Par exemple, les consultations auprès de médecins de famille ou d'infirmières et infirmiers praticiens, ainsi que les conseils prodigués par des pharmaciens constituent des services de soins de santé primaires communs.

Le Nunavut recrute et embauche ses propres médecins de famille et, la plupart du temps, recourt à des centres spécialisés à Ottawa, Winnipeg et Yellowknife pour les services de spécialistes. Le Nunavut a conclu des ententes de services avec un certain nombre d'établissements et d'autorités régionales de la santé de l'extérieur du territoire pour assurer les services de spécialistes médicaux et de praticiens de la santé itinérants.

Lorsque des services assurés ne sont pas disponibles dans certains endroits au Nunavut, le patient est dirigé vers un autre territoire ou une autre province pour obtenir le service assuré. Le Nunavut a des ententes de services de santé avec des centres

médicaux et de traitement à Ottawa, Winnipeg, Churchill, Yellowknife et Edmonton. Le Nunavut dirige ses patients surtout vers ces divers centres lorsqu'ils ont besoin de services médicaux non disponibles dans le territoire.

Le réseau de télésanté Ikajuruti Inungnik Ungasiktumi (IIU) existe au Nunavut depuis 1999 et les services de télésanté sont disponibles dans les collectivités. La télésanté est essentielle à la prestation des services de santé dans les trois régions du territoire. Elle facilite la communication entre les patients et les centres de santé situés au Manitoba et en Ontario pour des consultations avec des spécialistes.

Hôpital général Qikiqtani (HGQ)

Situé à Iqaluit, l'Hôpital général Qikiqtani est le seul établissement de soins de santé de courte durée du Nunavut qui offre une vaste gamme de services hospitaliers aux patients hospitalisés et aux patients externes au sens de la Loi canadienne sur la santé. L'hôpital dispose d'un total de 35 lits pour les soins de courte durée, de réadaptation, palliatifs et les soins aux malades chroniques. Actuellement, 20 lits pour usage général sont utilisés, compte tenu de la capacité et des besoins. Il y a également quatre chambres de naissance et six lits pour les chirurgies d'un jour. L'établissement offre des soins aux patients hospitalisés et externes et des services d'urgence 24 heures par jour (incluant les soins obstétricaux, pédiatriques et palliatifs), des services de chirurgie, de laboratoire, d'imagerie diagnostique et d'inhalothérapie; il produit aussi des dossiers médicaux et de l'information sur la santé.

En 2012, l'HGQ relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), devenu le ministère de la Santé en 2013, et les activités à Iqaluit sont gérées séparément. Il n'existe pas de structure de gouvernance pour cette organisation et certains services de soutien essentiels, incluant les ressources humaines, les finances, l'approvisionnement, les communications, les technologies de l'information et la gestion des biens immobiliers sont des services externes fournis par le biais du gouvernement du Nunavut.

Les médecins sur place assurent les services d'urgence à tour de rôle. Les services médicaux fournis comprennent les soins ambulatoires/clinique externe, certains services de soins intensifs et des soins médicaux généraux, de maternité et palliatifs. Les services chirurgicaux fournis comprennent des chirurgies mineures en orthopédie, gynécologie, pédiatrie, chirurgie générale, traumatologie d'urgence, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie et en urologie. Les patients nécessitant des chirurgies spécialisées sont dirigés vers des centres à l'extérieur du territoire.

En 2011, le ministère a noté que les temps d'attente pour le transport vers un autre territoire, ou une autre province, atteignaient souvent 12 heures, entraînant ainsi des délais atteignant parfois 16 heures avant de recevoir des soins médicaux. Un nouveau

contrat pour les services d'évacuations médicales d'urgence a été attribué à un fournisseur qui utilise des avions à réaction, ce qui réduit le temps d'attente à environ 4 heures.

3.1.2. Groupes touchés par les barrières linguistiques

Au Nunavut, le système de santé doit fournir ses services aux citoyens de divers groupes linguistiques, mais il doit avant tout répondre aux besoins en matière de langue des citoyens de la communauté de langue inuit, de la communauté francophone et de la communauté anglophone.

Les communications et les services sont depuis longtemps offerts principalement en anglais, en dépit des lois linguistiques en vigueur au Nunavut. Deux communautés peuvent donc être confrontées à des barrières linguistiques lors de l'accès aux soins et services de santé, soit les Inuit et les francophones.

3.1.3. Besoins des communautés

Les communautés inuit et francophone doivent pouvoir demander et recevoir des soins dans la langue officielle de leur choix, afin d'expliquer clairement leurs douleurs, de comprendre les questions et les diagnostics des professionnels, de suivre les médications prescrites et de suivre correctement le traitement recommandé.

La qualité des soins doit être égale à celle prodiguée aux membres de communauté anglophone et ce, tout au long du processus de soins de santé, incluant l'admission, le traitement, les avis médicaux et la documentation. Lorsqu'un patient doit se présenter pour un prélèvement sanguin, mais qu'il retourne à la maison parce qu'il ne sait pas comment dire «prélèvement sanguin» en anglais, il y a un problème. Comment les patients peuvent-ils suivre des instructions qui sont uniquement disponibles en anglais? Comment peuvent-ils comprendre clairement et signer un formulaire de consentement qui est rédigé en anglais seulement? Il s'agit d'une question de sécurité et de qualité des soins de santé.

La nécessité de bien comprendre et d'être compris est très importante pour ceux qui ont souvent besoin de soins de santé car ils sont plus susceptibles d'utiliser une gamme de services nécessitant de l'interprétation (visites au bureau du médecin, dans un établissement de santé publique, activités de promotion et de prévention de la santé). Cela est particulièrement vrai pour les personnes atteintes de maladies chroniques, les mères avec de jeunes enfants et les personnes âgées.

De plus, ces communautés doivent avoir accès à des services de promotion et de prévention de la santé dans leur propre langue pour pouvoir prévenir de futurs problèmes de santé.

3.1.4. La langue : un élément clé

Au Nunavut, les citoyens dont la langue maternelle n'est pas l'anglais, ou qui ne maîtrisent pas cette langue, sont plus à risque et peuvent être confrontés à des barrières en termes de qualité des soins et d'accessibilité aux services de santé.

Les témoignages montrent clairement à quel point les personnes interviewées parlant l'inuktitut et le français estiment qu'il est essentiel d'avoir accès à des services de santé dans leur langue. Divers facteurs comme la douleur, la vulnérabilité ou le stress amènent parfois un patient qui a une bonne maîtrise de l'inuktitut et de l'anglais, ou du français et de l'anglais, à perdre la capacité de s'exprimer clairement dans sa langue seconde dans certaines circonstances. Le patient devient alors incapable de comprendre les professionnels de la santé ou de se faire comprendre par eux.

Les spécialistes et les médecins ne réalisent pas toujours que le patient n'a pas compris un mot de leur conversation. Ils ne sont pas toujours conscients qu'à partir d'un certain moment, les patients, ou leur famille, ne comprennent plus entièrement ce qui se passe. Parlant d'une situation médicale particulièrement traumatisante, un patient nous a dit que « Même si jusque-là, je n'avais pas demandé les services d'un interprète, je dois dire qu'à un moment bien précis, j'aurais grandement apprécié avoir accès à un tel service. » La plupart des patients dont la langue maternelle n'est pas l'anglais craignent de ne pas avoir pris la bonne décision.

Des études indiquent que même ceux qui maîtrisent parfaitement une langue officielle peuvent être confrontés à des problèmes de communication lors d'une consultation médicale. La complexité de certains cas et leur niveau de stress émotionnel peuvent, dans des situations particulières, influencer leur capacité à communiquer dans une langue seconde.

Ces problèmes de communication peuvent avoir de graves répercussions pour le patient qui n'a pas accès aux services de santé dans sa langue et peuvent mener à un diagnostic erroné et à un traitement inapproprié. Les barrières linguistiques peuvent donc avoir un impact direct sur la sécurité et la qualité des soins reçus par le patient.

Un interprète n'est peut-être pas toujours requis pour une blessure mineure visible, mais quand il s'agit de comprendre un diagnostic plus grave et le traitement recommandé, le patient peut avoir besoin d'un interprète. De plus, dans la littérature traitant du sujet[14] et au cours de nos entrevues, la santé mentale et la sexualité ont été identifiées comme des secteurs de la santé où les besoins pour des services d'interprétation sont les plus grands en raison des croyances et des valeurs culturelles, ainsi que du contenu émotionnellement chargé des consultations.

[14] Stevens, 1993b; Dolman et al., 1996; Jackson, 1998; Betancourt & Jacobs, 2000, cité dans Sarah BOWEN. *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Ottawa, Santé Canada, 2001, p. 40.

Les intervenants médicaux doivent comprendre que lorsqu'une personne se trouve dans une situation de vulnérabilité, elle a souvent de la difficulté à comprendre le jargon médical et à exprimer clairement ses besoins, ses craintes, sa douleur, etc. Il est encore plus difficile d'exprimer ces concepts dans une langue qui n'est pas la nôtre.

Les études et recherches montrent aussi que ceux qui ne possèdent pas des compétences suffisantes dans une langue officielle font une sous-utilisation des programmes de prévention en général ou évitent d'avoir recours aux services pour lesquels un interprète n'est pas disponible. Les évaluations des besoins, fondées sur l'utilisation actuelle des services d'un établissement, peuvent par conséquent sous-estimer considérablement les besoins réels.[15]

3.2. BARRIÈRES LINGUISTIQUES ET SOINS DE SANTÉ

De nombreux défis se posent au Nunavut dans le domaine de la santé, défis auxquels s'ajoute l'importance d'offrir aux Inuit et aux francophones des services dans leur langue maternelle et ce, pour leur sécurité, l'obtention des soins de santé de qualité égale à ceux offerts aux anglophones et le respect des droits linguistiques de tous les citoyens. La Loi canadienne sur la santé stipule que tous les citoyens doivent avoir un accès égal aux soins de santé.

Selon des études portant sur ce sujet, la compétence linguistique et culturelle est essentielle pour assurer la qualité des services. Selon Sarah Bowen, la compétence culturelle se définit ainsi : « Une prestation de soins de santé qui répond de façon efficace aux besoins des patients et de leurs familles, en reconnaissant et tenant compte du contexte racial, culturel, linguistique, éducationnel et socio-économique au sein de leur communauté»[16]

Une société équitable reconnaît et respecte le droit de tous ses citoyens d'obtenir les soins de santé dont ils ont besoin et garantit que ces soins sont fournis de façon égale, peu importe qui les demande ou qui reçoit le traitement. Pour ce faire, les services de santé doivent être accessibles et chaque patient doit être capable de communiquer (comprendre et se faire comprendre) avec tous les intervenants. Parmi les éléments à prendre en considération, notons les soins ambulatoires, les services d'urgence, l'affichage, les procédures d'admission et la documentation qui sont des facteurs qui favorisent l'accès aux services et aux soins de santé.

L'Association canadienne de protection médicale identifie la communication comme étant l'une des principales sources de poursuites judiciaires contre ses membres. Les autres problèmes reliés aux réclamations pour faute professionnelle sont les délais et les erreurs de diagnostic, qui sont de surcroît plus probables en présence de barrières linguistiques.[17]

[15] Sarah BOWEN, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Ottawa, Santé Canada, 2001, p. 40.
[16] D[r] Ralph Masi, cité dans Sarah BOWEN*, Introduction aux compétences culturelles dans les soins de santé pédiatrique,* Ottawa*,* Santé Canada, 2000.
[17] L'ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE [https://www.cmpa-acpm.ca/fr/home].

Il est généralement convenu que la meilleure communication est obtenue lorsque les intervenants et les patients parlent la même langue. Néanmoins, des services d'interprétation linguistique seront toujours requis pour certains patients.

La compétence linguistique et culturelle est importante car elle :

- permet un accès égal aux soins de santé primaires;
- réduit les disparités dans les services de soins de santé;
- a des répercussions sur la santé des groupes de diverses cultures;
- répond aux changements démographiques du Nunavut, une population de plus en plus diversifiée.

3.3. RÉPERCUSSIONS DES BARRIÈRES LINGUISTIQUES

3.3.1. Répercussions directes sur les soins de santé

Nos entrevues, les documents transmis par le MSSS et les études à ce sujet nous permettent de constater que les barrières linguistiques sont mentionnées de manière récurrente comme étant un obstacle majeur, sinon l'obstacle le plus important à la prestation des soins de santé.

De manière plus précise, selon ces études et nos constats, les barrières linguistiques ont les répercussions suivantes :

- ✓ **Sur la qualité des soins** : les barrières linguistiques peuvent entraîner des erreurs de diagnostic, des erreurs médicales, d'importants délais et parfois une médication inadéquate dans le traitement de la douleur. Le patient est donc moins protégé et moins en sécurité lorsque la communication patient-intervenant est défaillante, affectant ainsi la qualité des soins obtenus.

  Les barrières linguistiques peuvent également contribuer à accroître la durée d'un séjour à l'hôpital et augmenter de manière importante le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous ou pour accéder à des services d'urgence.

- ✓ **Sur l'accès initial aux soins de santé** : si les gens doivent faire face à des barrières importantes lors du premier contact avec une variété d'intervenants, cela peut avoir pour effet de retarder l'obtention des soins ou d'amener certains patients à éviter de recourir aux soins courants. Ces premiers contacts comprennent l'accueil, la prise de rendez-vous, l'admission, l'information au sujet des services offerts. Poser des questions de base comme où aller, qui rencontrer, les démarches à suivre pour les prélèvements sanguins et d'autres tests, devient des obstacles supplémentaires. Sans oublier le système téléphonique et la messagerie vocale qui ne permettent pas à tous de bien comprendre les instructions et de pouvoir laisser un message dans la

langue officielle de leur choix. En bref, ces barrières peuvent empêcher une personne de se présenter pour être examinée et soignée.

- ✓ **Sur la confidentialité :** le non-respect de la confidentialité peut avoir des conséquences désastreuses pour les patients. L'utilisation d'interprètes non formés et utilisés de manière ponctuelle (membres de la famille, amis, bénévoles, membres du public, personnel d'entretien, patient dans le lit voisin, personnel hospitalier, etc.) compromet la confidentialité. Ces interprètes non formés risquent non seulement d'interpréter incorrectement des concepts clés, mais ils peuvent aussi fausser le message en omettant certaines informations ou en intervenant directement dans le processus, augmentant ainsi le risque d'erreur de diagnostic et de traitement inapproprié. De plus, cette situation affecte la confiance des citoyens envers le système médical.

- ✓ **Sur le respect des normes d'éthique et la prestation de services** : le respect de l'éthique professionnelle comprend l'obtention du consentement éclairé et la protection de la confidentialité. Toutefois, le maintien d'une communication ouverte et fréquente est essentiel afin d'obtenir un consentement éclairé. Lorsque le patient et l'intervenant ne parlent pas la même langue, il surgit immédiatement une barrière qui empêche d'informer le patient de sa situation et des choix qui s'offrent à lui.

  Lorsque des compromis sont faits concernant le respect des normes d'éthique, cela affecte la qualité des soins de santé. Il peut y avoir défaut de fournir des soins respectant les mêmes normes pour tous les patients, défaut de protéger la confidentialité du patient et incapacité d'assurer adéquatement l'obtention d'un consentement éclairé au traitement. Lorsque les normes professionnelles ne sont pas respectées, il y a augmentation du risque de sanctions juridiques.

  La documentation est également importante et le patient doit pouvoir comprendre les formulaires qu'il signe. Au moment de l'enquête, les formulaires de consentement étaient disponibles uniquement en anglais.

- ✓ **Sur les services et les consultations en santé mentale** : les barrières linguistiques réduisent considérablement l'accès aux services de santé mentale, d'autant plus que les signes non verbaux varient d'une culture à l'autre et qu'il s'agit de situations complexes et très émotives où la qualité de la communication verbale entre le patient et l'intervenant est un facteur de très grande importance.

  Des chercheurs canadiens ont identifié la langue comme étant la barrière la plus omniprésente pour accéder aux services de santé mentale appropriés.[18] Il n'existe sans doute aucun autre domaine de la santé où le diagnostic et le traitement sont

[18] GROUPE D'ÉTUDE SUR LA SANTÉ MENTALE DES IMMIGRANTS ET DES RÉFUGIÉS (1988), *Puis... la porte s'est ouverte,* Ottawa, ministère de la Santé et Bien-être social, ministère du Multiculturalisme et Citoyenneté, 1988.

aussi étroitement liés à la langue et à la culture. Les risques posés par des services d'interprétation inadéquats ont été soulevés par plusieurs auteurs.

Un des plus grands risques à utiliser des interprètes ad hoc non formés étant celui de compromettre la confidentialité, ce risque est encore plus élevé dans des domaines sensibles comme la santé mentale, la sexualité et la santé reproductive, le dépistage et les conseils relatifs au VIH/sida ou les conseils sur une série de problèmes dont l'alcoolisme, la toxicomanie et la violence familiale.[19] La crainte du bris de confidentialité lorsque des interprètes professionnels ne sont pas disponibles peut empêcher des gens d'obtenir les soins requis ou de vouloir divulguer des informations jugées gênantes ou stigmatisantes.

- ✓ **Sur l'observance et l'adhérence du patient au traitement :** les barrières linguistiques nuisent au plan de traitement et à son suivi lorsque les patients ne comprennent pas les instructions qui leur sont données. Cela s'applique également au suivi des ordonnances. Au moment de l'enquête, toutes les recommandations, instructions, ordonnances et autres informations connexes, à la fois verbales et écrites, étaient disponibles uniquement en anglais.

  Les recherches menées au sujet de la communication patient-intervenant indiquent que la communication est un facteur clé de l'adhérence du patient au plan de traitement.[20] Les barrières linguistiques rendent difficile l'obtention d'informations exactes, alors qu'une bonne communication peut être une source de motivation, de confort et de soutien, et une occasion de clarifier les attentes. Aussi, lorsqu'un patient ne suit pas le traitement recommandé, il risque de maintenir des niveaux de médication moins qu'optimaux, d'où un moins bon contrôle des symptômes et un risque plus élevé de crises aiguës.

- ✓ **Sur l'efficacité des intervenants :** les barrières linguistiques ont également un impact négatif sur l'efficacité des intervenants. L'élimination de ces barrières atténuerait les frustrations, les risques de fautes professionnelles et de poursuites judiciaires, diminuerait le nombre d'interventions inutiles et favoriserait de meilleurs diagnostics et une satisfaction accrue des patients et des intervenants.

  Les barrières linguistiques ont une incidence sur l'exactitude du diagnostic et l'obtention d'un consentement éclairé, et elles peuvent également placer l'intervenant devant un plus grand risque de poursuites. Une cause en Colombie-Britannique illustre ces risques. La Cour suprême de Colombie-Britannique a conclu qu'un médecin avait fait preuve de négligence lors de l'examen et du diagnostic d'un homme dont la jambe a été amputée à la suite d'une erreur de diagnostic.

[19] CANADIAN COUNCIL ON MULTICULTURAL HEALTH. *Substance Abuse and Cultural Communities: Report of the Provincial Health Promotion Workshops*, 1990.
[20] Sarah BOWEN. *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Ottawa, Santé Canada, 2001, Résumé, p. VII.

La décision tranchait que, en raison des difficultés linguistiques du patient, le médecin aurait dû être encore plus prudent lors de l'examen médical. La somme de 1,3 million de dollars a été accordée au patient.[21]

- ✓ **Sur la satisfaction des patients :** la satisfaction du patient est la mesure la plus reconnue et largement utilisée pour évaluer l'efficacité de la communication entre les intervenants et les patients. Il va sans dire qu'un patient qui ne peut pas, ou difficilement, s'exprimer en anglais, ou qui n'est pas bien compris, est plus à risque de recevoir un diagnostic erroné avec toutes les complications qui en découlent. Comme le taux de satisfaction du patient est proportionnel à la qualité des soins reçus, les patients qui ne reçoivent pas les meilleurs soins ne sont pas satisfaits.

  Les répondants à une étude sur le sujet indiquent que la communication avec les intervenants comprend 5 aspects[22] : 1) « le personnel médical écoute ce que vous avez à dire », 2) « il répond à vos questions », 3) « il donne des explications au sujet des médicaments prescrits », 4) « il donne des explications au sujet des tests et des interventions », et 5) « votre médecin et le personnel de soutien vous rassurent et vous supportent. »

- ✓ **Sur l'égalité :** un système de santé doit s'assurer que les services offerts ne varient pas en fonction des caractéristiques personnelles comme le sexe, la langue, l'origine ethnique, la culture, la situation géographique ou le statut socio-économique. Lorsque les services de soins de santé ne sont pas facilement accessibles, cela fait souvent en sorte que les patients n'adoptent pas les mesures de soins préventifs et évitent ou retardent à se présenter pour se faire soigner.

- ✓ **Sur les coûts :** les barrières linguistiques peuvent avoir d'importantes répercussions sur les coûts des soins de santé en raison de leurs impacts sur l'utilisation des services et des résultats sur la santé. Les faits indiquent que dans de nombreux cas, l'utilisation des services augmente lorsqu'il n'y a pas de langue commune entre le patient et l'intervenant. Les études sur le sujet indiquent que les adultes qui ne parlaient pas la même langue que leur intervenant avaient 70 % plus de chance d'être admis à l'hôpital que les patients qui parlaient la même langue que leur intervenant. [23] Les auteurs de ces études ont avancé l'idée que l'intervenant, lorsqu'il traite des patients avec qui il ne peut pas communiquer efficacement, est plus susceptible de les faire admettre à l'hôpital par mesure de précaution. Ces études ont aussi trouvé que dans les cas où l'on a fait appel à un interprète, le risque d'admission diminuait.

[21] *Ibid,* p. 107.
[22] *Ibid,* p. 90
[23] *Ibid,* p. 70.

Selon une autre hypothèse, la fourniture de services d'interprétation pour les patients possédant une connaissance limitée de l'anglais réduirait les coûts en évitant les retards dans la prestation des soins. Cela réduirait les complications, les hospitalisations, l'utilisation des services d'urgence, le travail de laboratoire et le nombre de tests inutiles.[24]

En dépit du nombre limité de recherches sur les coûts et les avantages de l'interprétation dans le domaine de la santé, certains hôpitaux ont conclu, sur la base d'analyses partielles, que la prestation de services d'interprétation rémunérés permet de réaliser des économies. Nous n'avons qu'à penser aux divers coûts engendrés par les barrières linguistiques pour comprendre que des services d'interprétation sont plus que rentables : les heures de travail des employés consacrées à l'interprétation, l'utilisation des diagnostics, les rendez-vous manqués, les complications associées aux médicaments, les hospitalisations, les résultats physiologiques sur la santé, l'inefficacité, le retard dans le travail et la surcharge de travail pour les collègues lorsqu'un employé doit quitter son poste pour servir d'interprète quelque part dans l'hôpital.

Les avantages pour les patients comprennent une réduction des risques de décès attribuables à des complications médicales et une diminution des souffrances résultant d'un traitement inadéquat ou de diagnostics erronés.

3.3.2. Répercussions indirectes sur les soins de santé

Parmi les personnes confrontées à des barrières linguistiques, les recherches indiquent une augmentation du nombre d'examens supplémentaires demandés pour remédier à une communication inadéquate entre le intervenant et le patient, et un taux de participation beaucoup plus faible aux programmes de prévention et de dépistage, aux activités de promotion de la santé et aux cours de premier soins. La langue constitue une barrière à la participation et non pas un manque d'intérêt pour les programmes de prévention.

Les autres services touchés comprennent la pharmacie, les services ambulanciers et les évacuations médicales d'urgence. La compréhension de l'anglais augmente l'accès à ces services tandis que c'est l'inverse pour ceux qui ne maîtrisent pas cette langue.

Selon les politiques du ministère de la Santé, lorsqu'un Inuk unilingue a besoin d'être transporté l'extérieur du territoire pour des raisons médicales, ou doit se rendre dans un centre autorisé qui ne fournit pas de services d'interprétation, la présence d'un accompagnateur est autorisée. Le patient (ou son tuteur légal) a la responsabilité de présenter la demande d'accompagnateur. Le médecin du

[24] *Ibid*, p. 83.

Nunavut doit approuver la demande, ou indiquer les raisons du refus, puis la demande doit être approuvée par le directeur régional du ministère de la Santé.

La politique relative aux déplacements pour raison médicale s'applique à tous les résidents du Nunavut possédant une carte d'assurance-maladie du Nunavut et dont le traitement est recommandé par un médecin du Nunavut. Toutefois, pour ce qui est des accompagnateurs, il n'y a pas de mesures dans la politique régissant les déplacements pour raison médicale qui précise qu'un accompagnateur peut être autorisé dans le cas d'un patient francophone.

Selon le fournisseur, il y a de bonnes chances (mais aucune garantie) que quelqu'un à bord du vol d'évacuation médicale d'urgence sera capable de parler le français. Malgré cela, il y a une bonne chance que le patient requiert un interlocuteur anglophone car il n'y aura pas d'interprète au point d'arrivée.

En résumé, les barrières linguistiques ont des effets négatifs sur la qualité des services et sur l'efficacité et l'efficience du système de santé. Les barrières linguistiques créent des risques pour les patients car elles mettent en péril leur sécurité. Les problèmes de communication peuvent :[25]

- diminuer l'adhérence des patients aux traitements;
- diminuer l'accès aux soins et aux services préventifs;
- entraîner des diagnostics erronés et des erreurs médicales;
- augmenter le nombre de tests et de consultations médicales;
- avoir des répercussions négatives sur la santé;
- entraîner des incidents critiques;
- réduire la satisfaction des patients et des intervenants;
- augmenter les coûts des soins de santé.

3.4. INTERPRÉTATION : LE RISQUE D'UTILISER DES INTERPRÈTES NON PROFESSIONNELS

Les auteurs d'études et de recherches sur le sujet ont souligné les risques d'utiliser des interprètes non professionnels tels que des membres de la famille ou de la communauté, ou des employés ne possédant aucune une formation d'interprète. Outre les erreurs possibles, l'utilisation d'un patient du lit voisin, de membres du personnel d'entretien ou d'agents de sécurité comme interprètes présente un risque élevé. Il est question ici de soins médicaux professionnels où la sécurité des personnes est en jeu. La première responsabilité de la direction de l'hôpital est d'assurer le respect des normes d'éthique, du code de déontologie et de la qualité des soins dispensés et ce, de l'admission jusqu'au rétablissement complet.

[25] Sarah BOWEN et Jeannine ROY, *Intégration des services d'interprétation dans la gestion de risques,* Winnipeg, 2009, p. 6.

Les erreurs typiques faites par les interprètes non professionnels ont été démontrées dans diverses études et comprennent notamment ce qui suit :[26]

- omission de faits mentionnés par le patient ou l'intervenant;
- ajout d'information à ce qui a été mentionné par le patient ou l'intervenant;
- substitution de mots, de concepts ou d'idées;
- utilisation de terminologie inadéquate pour l'anatomie, les symptômes ou le traitement;
- refus d'interpréter un message;
- commentaires inappropriés;
- substitution de rôle (p.ex. assumer le rôle de l'intervenant en soins de santé).

Les risques liés à l'utilisation de personnes non formées sont les suivants :

- distorsions liées aux compétences linguistiques et à la capacité de traduire de l'interprète;
- distorsions liées au manque de connaissances médicales de l'interprète;
- distorsions liées à l'attitude des interprètes.

Résultats :

- termes techniques traduits de façon incorrecte;
- phrases traduites incorrectement ou même complètement omises;
- mauvaise interprétation des mots du patient;
- distorsion du message;
- risque accru de malentendu lorsqu'il existe des différences culturelles. Par exemple, la signification du mot « consentir » peut varier d'une culture à l'autre;
- violation du code d'éthique en matière de confidentialité et de consentement éclairé;
- impact sur le diagnostic et possibilités d'erreurs médicales;
- impacts sur le traitement avec conséquences chimiques réelles ou potentielles;
- problème relié à l'éthique lorsque des membres de la famille agissent à titre d'interprète : obligation de traduire, stress, malaises, responsabilité imposée, ignorance des termes médicaux.

En ce qui a trait à l'utilisation de membres du personnel bilingue, si ces personnes ne sont pas membres du personnel médical, il y a un risque qu'elles ne connaissent pas le jargon médical ou la terminologie médicale. Le fait de travailler à l'hôpital ne fait pas de ces employés des médecins ou des interprètes médicaux. Le fait qu'une personne parle le français ou l'inuktitut ne signifie pas qu'elle peut agir à titre d'interprète médical.

Enfin, les recherches canadiennes indiquent qu'il y a un taux de satisfaction beaucoup plus élevé en présence d'interprètes professionnels plutôt que d'interprètes bénévoles. Une enquête réalisée par la Banque interrégionale d'interprètes de Montréal auprès de 68 patients a révélé que 76 % des patients préfèrent traiter avec un interprète professionnel lorsqu'ils consultent du

[26] Sarah BOWEN, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Ottawa, Santé Canada, 2001, p. 96.

personnel médical; 88 % ont davantage confiance dans l'exactitude de l'interprétation dispensée par des interprètes professionnels et 83 % ont davantage confiance dans la discrétion d'un interprète professionnel.

3.5. SERVICES LINGUISTIQUES

> « Les services de santé, tout comme les barrières nuisant à l'accès à ces services, agissent comme des déterminants de la santé. Lorsque les systèmes de santé ne fournissent pas des soins équitables ou un accès équitable aux soins, ils peuvent empirer les disparités sociales et devenir un facteur de la dégradation de l'état de santé de la population. »[27]

Offrir des services linguistiques professionnels pourrait avoir les avantages suivants : [28]

- pour les patients : l'obtention d'un consentement éclairé, une meilleure description de la maladie, des diagnostics améliorés, l'élimination des interventions inutiles, de meilleurs résultats cliniques, une sécurité et une satisfaction accrues;
- pour les intervenants : moins de frustration, risque réduit de faute professionnelle;
- pour les administrateurs et les gestionnaires : responsabilité réduite et efficacité accrue;
- pour le système de santé : meilleure utilisation des services et résultats cliniques améliorés;
- pour la population en générale : de meilleurs soins de santé pour les citoyens, une plus grande accessibilité aux services et une plus grande confiance dans le système de santé.

Afin d'aider les parties concernées à préparer un plan d'action stratégique conforme aux recommandations, nous décrivons dans la section suivante ce qu'est l'offre active.

3.5.1. Offre active

> « Offrir un service de qualité équivalente dans une langue officielle comme dans l'autre est une question de professionnalisme, de respect, d'intégrité et de justice sociale. »[29]

La définition de l'offre active varie selon les provinces et les territoires. Essentiellement, l'offre active de service désigne le fait de mentionner spontanément et clairement aux membres du public qu'ils peuvent recevoir des services de qualité comparable dans l'une ou l'autre des langues officielles.[30]

---

[27] SANTÉ CANADA. *Certaines circonstances : Équité et sensibilisation du système de soins de santés quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées,* Ottawa, 2001, Avant-propos.
[28] Sarah BOWEN, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Ottawa, Santé Canada, 2001, p. 114.
[29] Dyane ADAM, *Bilan national des services au public en français et en anglais : Un changement de culture s'impose,* Commissariat aux langues officielles, Ottawa, 2001, p. 4.
[30] SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR DU CANADA, *Politique sur l'offre active,* p.1.

L’article 12 (7) (a) de la Loi sur les langues officielles du Nunavut contient une définition de l’offre active :

> « Le responsable administrative d’une institution territoriale […] prend des mesures appropriées compatibles avec la présente loi, notamment en ce qui concerne l’affichage des enseignes et panneaux, la remise des avis ou la prise d’autres mesures selon ce qui est approprié :
>
> (a) pour faire une offre active des services en question, informant le public de son droit de communiquer dans sa langue officielle préférée et de recevoir les services disponibles dans cette langue;
>
> (b) pour veiller à ce que :
> (i) les services en question soient disponibles sur demande pour le public;
> (ii) la prestation des services en question soit faite en portant attention à la pertinence et à l’efficacité culturelles;
> (iii) les services en question soient de qualité comparable. »

L'offre active est aussi une question de justice : la déontologie exige que toutes les personnes soient traitées avec le même niveau d'intégrité, de dignité, d'égalité et de justice. Un patient ne doit pas être soumis à une réponse ou un geste non accueillant, à un temps d'attente plus long, à un service de qualité inférieure ou à des souffrances plus longues uniquement parce qu'il demande un service en inuktitut ou en français plutôt qu'en anglais. L'accessibilité est l'un des principes fondamentaux du système de santé canadien.

Le public doit être mis au courant de l'offre active dès le contact initial. Cela peut se faire par le biais d'un affichage et un mot de bienvenue dans toutes les langues officielles, au téléphone ou en personne. Toutes les communications destinées au public, tous les documents, la correspondance, les messages de la messagerie vocale, l'affichage, les messages électroniques, le site Web et tous les autres moyens de communication avec le public doivent être offerts dans toutes les langues officielles.

L'offre active doit faire en sorte qu’une fois que le patient a choisi une langue officielle de préférence, celle-ci soit utilisée tout au long de la chaîne de services, y compris lors du choix des accompagnateurs.

L'offre active est une offre axée sur le patient. Une offre active de services de soins de santé de qualité ne se limite pas simplement à offrir des services dans la langue du patient, elle implique aussi une approche globale de planification et de prestation de services de soins de santé aux trois communautés linguistiques distinctes du Nunavut. L'objectif visé est d'améliorer la qualité des soins pour tous les patients.

4. CONCLUSION

4.1. Observations

4.1.1. Qualité des soins de santé

Le 16 juillet 2014, CBC a diffusé une nouvelle concernant un Ainé qui a été amené à l'hôpital tremblant, pâle et en grande douleur. L'Ainé, l'infirmier et le médecin cherchaient tous désespérément un patient inuit pouvant agir comme interprète car il n'y avait à ce moment-là aucun interprète présent dans l'hôpital. L'interprète en disponibilité sur appel ne pouvait venir avant 45 minutes.

Le 6 novembre 2014, un reportage de CBC révèle une histoire de plaintes concernant une infirmière et le refus du gouvernement de la congédier. Le reportage intitulé «*Death and Denial in Cape Dorset*» portait sur un bébé d'un hameau du Nunavut décédé à la suite d'une infection pulmonaire en 2012.

Les questions soulevées par ces histoires sont troublantes, notamment concernant la manière dont le gouvernement a traité les préoccupations au sujet des services dispensés au Centre de santé de Cape Dorset.

Nous retenons deux choses de ces situations :

- le lien entre la façon dont le ministère de la Santé a traité ces préoccupations et le déni de la gravité de la situation concernant les sérieux impacts des barrières linguistiques sur la santé de deux communautés linguistiques;

- les barrières linguistiques existent toujours à l'HGQ et le présent rapport d'enquête systémique est toujours d'actualité.

Au cours de notre enquête, nous avons constaté qu'il existe trois facteurs ayant une incidence sur la qualité des soins de santé : les barrières de langue, le refus de reconnaître que la sécurité des patients n'est pas assurée et l'absence de volonté de trouver des solutions.

4.1.2. Production de documents

Bien que le poste de commissaire aux langues ait été vacant pendant quatre mois, cela n'aurait pas dû avoir d'incidence sur les longs délais pris par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour produire les documents requis.

4.2. Responsabilités partagées

Le gouvernement du Nunavut, le ministère de la Santé, les gestionnaires de l'hôpital et les intervenants en soins de la santé doivent être informés de l'existence des droits linguistiques et de leur importance concernant l'accessibilité aux services de soins de santé, la qualité des soins et, par conséquent, la sécurité des patients.

L'enjeu de la langue et de la compétence culturelle dépasse largement la responsabilité individuelle des divers acteurs dans le domaine des soins de santé. Le problème est complexe et engage la responsabilité des parties prenantes à plusieurs niveaux, à savoir, le système de santé, les organisations et les individus.

- ✓ **La responsabilité du système de santé et des organisations** comprend la mise en place d'un environnement, de politiques, de ressources et de formation afin d'offrir des services adaptés à la langue des patients.
- ✓ **La responsabilité des professionnels de la santé** comprend le développement d'attitudes, de comportements et de connaissances leur permettant de créer une relation thérapeutique de qualité avec les patients et leurs familles, lorsqu'ils sont d'une culture différente et parlent une langue différente.

Les directions du ministère de la Santé et de l'HGQ doivent :

- s'assurer qu'il existe un engament clair de la part des directeurs et des preneurs de décisions, tant à l'HGQ qu'au ministère de la Santé;
- établir des normes régissant la responsabilité et la reddition de comptes;
- promouvoir la diversité culturelle et linguistique existant au Nunavut, par le biais de la formation continue des gestionnaires et de l'ensemble du personnel;
- introduire des changements qui sont gérables, mesurables et viables (stratégie étape par étape);
- travailler avec le ministère des Finances afin de revoir les politiques d'embauche des ressources humaines pour qu'elles soient en accord avec la Loi sur les langues officielles et la Loi sur la protection de la langue inuit;
- travailler avec les organisations locales qui sont actives dans le domaine de la santé afin de mieux comprendre les besoins actuels et de mieux les jumeler avec les moyens disponibles.

L'accessibilité fait partie des principes fondamentaux du système de soins de santé canadien et l'offre active est l'un des moyens d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de santé. C'est une question de sécurité, de qualité et de légitimité, et un enjeu inhérent à l'éthique.

Sarah Bowen est une chercheure canadienne qui a mené trois études importantes pour le compte de Santé Canada. Elle a déclaré :

> « Les codes d'éthique qui réglementent la conduite des professionnels du milieu des services sociaux et des soins de santé insistent sur l'obligation qui incombe à l'intervenant d'obtenir un consentement éclairé, de fournir des explications, d'assurer la confidentialité et de s'abstenir de pratiquer la profession de manière à dégrader la qualité des services offerts. Ainsi, en plus de l'obligation de se conformer aux règlements externes contenus dans la loi, les professionnels doivent également satisfaire aux normes de leurs associations professionnelles respectives. **Mais pour satisfaire ces normes d'éthique, il est nécessaire de s'attaquer aux barrières linguistiques.** »[31]

Afin d'améliorer l'offre active de services de soins de santé de qualité dans les langues officielles, **un changement culturel doit être mis en œuvre** au sein du ministère et de l'hôpital. Les professionnels de la santé ne peuvent être les seuls responsables de cette transformation. Les améliorations devront se faire dans un esprit de compréhension commune, de responsabilité collective et de collaboration.

Diverses approches doivent être prises pour s'assurer de la mise en place d'une offre active de services dans toutes les langues officielles. Il est important que les intervenants en santé établissent des politiques, des procédures et des pratiques qui reflètent clairement l'importance et la présence d'une offre active cohérente et continue dans les divers services : une personne consultant un médecin, allant au laboratoire, passant un rayon X, recevant des médicaments, etc. devrait recevoir les services dans la langue officielle de son choix.

Il appartient **aux décideurs**, comme le **gouvernement du Nunavut**, de maintenir et de renforcer leurs efforts pour soutenir la mise en œuvre et l'amélioration des programmes et services de soins de santé dans toutes les langues officielles dans les établissements de soins de santé. Ceci est une condition nécessaire pour faciliter un accès satisfaisant aux services de soins de santé d'une manière éthique et équitable.

[31] Sarah BOWEN, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé,* Ottawa, Santé Canada, 2001, p.23. Le surlignage a été ajouté par le BCL.

5. RECOMMANDATIONS

5.1. POLITIQUE LINGUISTIQUE ET OFFRE ACTIVE

Recommandation 1

Le ministère de la Santé devrait :

- élaborer un plan et des directives linguistiques;
- intégrer les exigences de compétences linguistiques dans ses normes de qualité et de sécurité;
- identifier des mesures concrètes pouvant être prises pour assurer une amélioration continue.

Recommandation 2

Le ministère de la Santé et le ministère des Finances devraient revoir les politiques d'embauche qui prévoient une priorité d'embauche pour inclure celles requérant la capacité de communiquer en français et en anglais, après avoir considéré les obligations prévues dans l'Accord sur les revendications territoriales.

Recommandation 3

Le ministère de la Santé devrait s'assurer :

- que tous ses employés sont bien informés des droits linguistiques et qu'ils comprennent que le choix de la langue est une pratique significative;
- que cela est intégré dans la pratique quotidienne.

Recommandation 4

Le ministère de la Santé devrait fournir et promouvoir une offre active et rendre possible sa mise en œuvre de manière systématique et efficace dans l'ensemble des services de soins primaires, y compris les services d'accompagnateurs et d'évacuations médicales d'urgence.

Recommandation 5

Le ministère de la Santé devrait élaborer et mettre en œuvre des mesures de reddition de compte pour ses cadres supérieurs en ce qui a trait aux obligations linguistiques.

5.2. BARRIÈRES LINGUISTIQUES

Recommandation 6

Le ministère de la Santé devrait établir des stratégies qui décrivent les méthodes utilisées pour éliminer les barrières linguistiques, ce qui faciliterait l'accès aux services de soins de santé et améliorerait les soins de santé.

Recommandation 7

Le ministère de la Santé devrait établir un objectif clair concernant l'importance de garantir l'égalité en matière de services de soins de santé primaires pour tous les groupes de langue officielle.

5.3. INTERPRÉTATION

Recommandation 8

Le ministère de la Santé devrait établir des normes de services concernant la disponibilité des services d'interprétation à l'HGQ et ce, à toutes heures. Des services d'interprétation/traduction devraient être disponibles en tout temps pour les patients.

Recommandation 9

Le ministère de la Santé devrait s'assurer que lorsqu'un patient a choisi de communiquer dans une langue officielle, celle-ci soit utilisée tout au long de la chaîne de services, y compris pour les services d'accompagnateurs et les services d'évacuations médicales d'urgence.

Recommandation 10

Le ministère de la Santé devrait se pencher sur le besoin de planification pour une main-d'œuvre bilingue (inuktitut-anglais, français-anglais) et d'embauche d'interprètes professionnels.

Recommandation 11

Le ministère de la Santé et le ministère des Finances devraient revoir les politiques d'embauche afin de s'assurer qu'elles respectent la législation linguistique et mettre l'accent sur le recrutement de professionnels de la santé qualifiés bilingues.

Recommandation 12

Le ministère de la Santé et le ministère des Finances devraient accorder aux interprètes un statut professionnel afin de répondre aux enjeux d'équité salariale et de faciliter le recrutement et le maintien en poste des interprètes.

Recommandation 13

Le ministère de la Santé, en collaboration avec l'Inuit Uqausinginnik Taiguusiliuqtiit (IUT), devrait élaborer des outils appropriés pour évaluer les compétences linguistiques des interprètes médicaux.

Recommandation 14

Le ministère de la Santé devrait travailler avec le ministère des Finances, les fournisseurs de formation linguistique et le Collège de l'Arctique du Nunavut (CAN) pour former des employés de l'HGQ afin de répondre aux exigences en matière de langue dans le secteur des soins primaires.

6. RÉPONSE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le ministère de la Santé a eu l'occasion de faire des observations sur nos constatations, conclusions et recommandations préliminaires. Nous avons reçu une lettre de la sous-ministre du ministère de la Santé indiquant les mesures que le ministère prendra pour mettre en œuvre nos recommandations. La réponse du ministère se trouve à l'annexe 4 de ce rapport.

Le ministère n'a pas commenté les constatations, conclusions et recommandations présentées dans le rapport. Étant donné que le ministère a donné des réponses correspondant à plusieurs recommandations à la fois, nous ne pouvons pas présenter de tableau avec leur réponse à chacune des recommandations.

Les réponses du ministère ne traitent toutefois pas de la question de fond et immédiate qui nous occupe, laissant ainsi trop de place pour la continuation des violations des droits linguistiques. Par conséquent, les barrières qui entravent l'accès aux soins de santé demeurent toujours présentes pour les locuteurs de l'inuktitut et du français. Il reste encore du travail à faire pour élaborer un plan à court, moyen et long termes sur la façon d'offrir des services et des communications en inuktitut et en français d'une qualité égale à celle des services en anglais.

Nous pensons que notre rapport pourrait être une excellente feuille de route pour le ministère pour développer les mesures qui ont déjà été prises, et celles qu'il devra prendre, pour renforcer la conformité avec la Loi sur les langues officielles, la reddition de comptes et la disponibilité des services et des communications en inuktitut et en français à l'Hôpital général Qikiqtani. Nous continuerons de surveiller l'évolution de la mise en œuvre des recommandations.

Annexe 1 : Questionnaire pour les patients

OBJET : ENQUÊTE SYSTÉMIQUE À L'HGQ
SUJET : QUESTIONNAIRE - PATIENTS

Entrevue avec des patients de l'Hôpital général Qikiqtani

L'anonymat des personnes interrogées sera protégé. Cependant, vous devez être conscient que nous ne pouvons pas le garantir. Les informations recueillies lors de l'entrevue seront utilisées aux fins de l'enquête et peuvent être publiées dans le rapport final de l'enquête qui sera rendu public.

Information/Statistiques

Nom de l'organisation :

Nom et prénom du répondant :

Région d'origine :

Âge du répondant :

Résident du Nunavut depuis combien d'années ?

Langue principale :

Langue seconde et maîtrise de la langue seconde :

Expérience personnelle à l'hôpital

Êtes-vous familier avec l'hôpital ?

Connaissez-vous quelqu'un qui travaille à l'hôpital ?

Quels services avez-vous utilisés à l'hôpital ?

La langue était-elle un problème chaque fois que vous avez eu à utiliser les services de soins à l'hôpital ?

Si vous avez vécu une situation problématique

Pouvez-vous expliquer, de préférence dans l'ordre chronologique, ce qui s'est produit lors de chacune des visites ? Commencez par l'heure de votre arrivée à l'hôpital; ce qui est arrivé en détails ? Cela peut inclure :

Pour quelle raison étiez-vous à l'hôpital ?

Qui vous accompagnait ?

Qui vous a donné les traitements et comment avez-vous été traité ?

Avez-vous demandé des services dans votre langue ?

Combien de temps êtes-vous resté à l'hôpital ?

Si vous avez été admis, veuillez décrire votre séjour.

Avez-vous tenté de recevoir des services dans la langue de votre choix ?

Que s'est-il passé? Avez-vous eu recours à des services de traduction ?

Quel était leur compréhension ?

Quelles étaient vos attentes ?

Y avait-il des avis ou des brochures disponibles ou visibles dans la langue de votre choix ?

Vous a-t-on donné de l'information au sujet des politiques de traduction et d'interprétation existantes à l'hôpital et les raisons pour lesquelles elles ne pouvaient pas être appliquées ?

Que s'est-il passé lorsque l'employé(e) a réalisé que vous aviez du mal à comprendre ce qu'il ou elle vous disait, et quelle a été sa réaction ?

Avez-vous reçu des instructions sur la façon de prendre un ou plusieurs médicaments dans la langue de votre choix ?

Témoins

Qui d'autre était avec vous lors de cet événement ?

Documents

Avez-vous des lettres, des documents, des notes etc. qui seraient pertinents pour l'enquête ?

Impacts

Quels ont été les impacts de l'absence de services dans la langue de votre choix ?

Avez-vous eu des expériences positives à l'hôpital ?

Solutions

S'il y a un problème, quelle serait selon vous une solution raisonnable ?

Autre personne

Connaissez-vous quelqu'un d'autre qui a eu une expérience positive ou négative concernant les services linguistiques à l'hôpital ?

Documents/Personnes

Y a-t-il une autre personne possédant des preuves pertinentes à qui nous devrions parler ?

Avez-vous des documents ou d'autres éléments pertinents concernant votre expérience que nous devrions examiner selon vous ?

Autres

Souhaitez-vous ajouter d'autres commentaires dans le cadre de la présente entrevue ?

Consentement à obtenir le dossier hospitalier si nécessaire :

Est-il possible d'obtenir votre consentement pour accéder à votre dossier hospitalier ? Ce n'est pas indispensable pour cette enquête, mais il serait très utile pour établir qui vous a soigné. Le dossier hospitalier sera confidentiel.

Représailles

Craignez-vous des représailles ? Si oui, pourquoi ?

Annexe 2 : Questionnaire pour les médecins

OBJET : ENQUÊTE SYSTÉMIQUE À L'HGQ
SUJET : QUESTIONNAIRE - MÉDECINS

Entrevues avec les médecins de l'Hôpital général Qikiqtani

Merci pour votre temps et votre précieuse collaboration. L'anonymat des personnes interrogées sera protégé. Cependant, vous devez être conscient que nous ne pouvons pas le garantir. Les informations recueillies lors de l'entrevue seront utilisées aux fins de l'enquête et peuvent être publiées dans le rapport final de l'enquête qui sera rendu public.

Lors de votre arrivée à Iqaluit, avez-vous assisté à une séance d'orientation ?
Veuillez préciser :

Si oui, vous a-t-on parlé des langues officielles du Nunavut et des droits linguistiques ?
Veuillez souligner : oui ou non

Comment s'est déroulé votre première journée à l'hôpital ?
Veuillez préciser :

Quel type d'orientation auriez-vous aimé recevoir lors de votre premier jour à l'hôpital ?
Veuillez préciser :

Lorsqu'on vous a contacté(e) pour une entrevue, vous a-t-on offert de passer cette entrevue dans la langue officielle de votre choix ?
Veuillez souligner : oui ou non

Avez-vous accès à une liste d'interprètes disponibles en tout temps à l'hôpital ?
Veuillez souligner : oui ou non

À votre avis, y a-t-il suffisamment d'interprètes pour la langue française à l'hôpital ?
Veuillez souligner : oui ou non et préciser votre pensée si nécessaire.

À votre avis, y a-t-il assez d'interprètes pour la langue inuit à l'hôpital ?
Veuillez souligner : oui ou non et préciser votre pensée si nécessaire.

Avez-vous déjà vécu une situation où vous n'aviez pas accès à un interprète ou lorsque les interprètes n'étaient tout simplement pas disponibles?
Veuillez souligner : oui ou non

Si oui, qu'avez-vous fait ?
Veuillez préciser :

Comment avez-vous réagi ?
Veuillez préciser :

Avez-vous déjà vécu une situation où vous avez dû demander à un patient d'interpréter pour un autre patient ?
Veuillez préciser :

Avez-vous déjà vécu une situation où vous avez dû demander à un membre du personnel d'entretien, un technicien de laboratoire, un cuisinier ou à un commis d'interpréter pour un patient ?
Veuillez souligner : oui ou non et préciser si nécessaire.

Si oui, quel était le poste de cette (ces) personne (s) ?
Veuillez préciser :

Comment avez-vous réagi ?
Veuillez préciser :

Si vous avez vécu une telle situation, avez-vous fait part de vos préoccupations à votre superviseur ?
Veuillez souligner : oui ou on

Si oui, comment a-t-il réagi ?
Veuillez préciser :

Connaissez-vous la législation linguistique et les droits linguistiques en vigueur au Nunavut ?
Veuillez préciser :

Votre employeur vous a-t-il offert de prendre des cours de langue inuit ?
Veuillez préciser :

Votre employeur vous a-t-il offert de prendre des cours de français ?
Veuillez préciser :

Êtes-vous admissible à une prime de bilinguisme du gouvernement du Nunavut ?
Veuillez souligner : oui ou non

Avez-vous accès à des outils de terminologie médicale ?
Veuillez souligner : oui ou non et préciser si nécessaire.

Comment avez-vous appris la disponibilité des postes de médecin à Iqaluit ?
Veuillez préciser :

Votre employeur vous sensibilise-t-il à l'importance des services linguistiques dans un milieu hospitalier ?

En comparaison avec vos expériences antérieures, trouvez-vous les pratiques et les procédures linguistiques de l'Hôpital général Qikiqtani conformes aux normes médicales canadiennes ?

Veuillez ajouter si vous le souhaitez des commentaires ou des suggestions :

Veuillez suggérer tout document qui pourrait être utile ou nécessaire dans le cadre de la présente enquête :

Annexe 3 : Questionnaire pour les agences de soins infirmiers

OBJET : ENQUÊTE SYSTÉMIQUE À L'HGQ
SUJET : QUESTIONNAIRE - AGENCES DE SOINS INFIRMIERS

Entrevue avec les agences de soins infirmiers offrant des services à l'Hôpital général Qikiqtani

L'anonymat des personnes interrogées sera protégé. Cependant, vous devez être conscient que nous ne pouvons pas le garantir. Les informations recueillies lors de l'entrevue seront utilisées aux fins de l'enquête et peuvent être publiées dans le rapport final de l'enquête qui sera rendu public.

Combien d'infirmières ou d'infirmiers sont embauché(e)s pour l'HGQ chaque année ? Vous embauchez principalement du personnel infirmier ? Quel est votre mandat ?

Est-ce votre agence connaît ses obligations en vertu de la législation linguistique du Nunavut et si oui, quelles sont les procédures ou les politiques mises en place par votre organisme pour remplir ses obligations? Avez-vous reçu des directives de la part du MSSS?

Y a-t-il des directives ou des politiques claires du GN concernant la promotion de l'embauche de personnel bilingue parlant les deux langues officielles au Canada ainsi que les langues officielles du Nunavut (français, anglais et langue inuit) ?

Y a-t-il des directives ou des politiques claires du MSSS concernant la priorité d'embauche au Nunavut ? Si le répondant ne le connaît pas déjà, l'article 23 (2) (1), l'Accord sur les revendications territoriales stipule que :....

Y a-t-il des directives ou des politiques claires de la part du MSSS concernant les lieux d'affichage des postes au Canada ? Ou cela est-il laissé à votre discrétion.

Que faites-vous lorsque vous ne pouvez trouver aucune infirmière ou aucun infirmier bénéficiaire? Les postes sont-ils annoncés dans d'autres régions du Canada où la langue inuit est parlée ?

A quels endroits les postes disponibles à l'HGQ sont-ils habituellement annoncés? Des raisons particulières à cela ?

Connaissez-vous vos obligations en tant que tierce partie en vertu de la Loi sur la protection de la langue inuit ? Aimeriez-vous qu'un de nos représentants en discute avec vous ?

Pour conclure, souhaitez-vous formuler d'autres commentaires ?

Annexe 4 : Réponse du ministère de la Santé

ᑲᑐᑎᒧᒃ ᓄᓇᕗᑦ ᐱᕙᓪᓕᐊᑎᑦᓯᓂᖅ
Building *Nunavut* Together
*Nunavut*liuqatigiingniq
Bâtir le *Nunavut* ensemble

Nunavut

ᐋᓐᓂᐊᖃᕐᓇᙱᑦᑐᓕᕆᔨᒃᑯᑦ
Department of Health
Munaqhiliqiyitkut
Ministère de la Santé

Iqaluit, le 9 octobre 2015

RECEIVED Oct. 22/15

Madame Sandra Inutiq, Commissaire
Bureau du Commissaire aux langues du Nunavut
C.P. 309
Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0

OBJET : Réponse au rapport d'enquête systémique – Hôpital général Qikiqtani (dossier LANG-1329-01)

Madame,

Le ministère de la Santé est heureux d'avoir l'occasion de réagir aux recommandations formulées à la suite de l'enquête systémique sur l'offre de services dans les langues officielles de l'Hôpital général Qikiqtani (HGQ), menée par votre bureau du 1er mars 2012 au 31 mars 2013.

Le Ministère prend très au sérieux les conclusions de votre rapport préliminaire et les recommandations que vous y faites. Depuis la fin de votre enquête, nous avons, au Ministère, mis en place des mesures qui devraient, à notre avis atténuer, bon nombre de vos préoccupations. Par ailleurs, nous sommes heureux de vous annoncer que d'autres mesures devraient aussi être mises en place par le ministère de la Santé dans la foulée de vos recommandations.

Recommandations 1, 3, 4, 5, 6 et 7

Sommaire des recommandations : Le Bureau du Commissaire aux langues du Nunavut recommande que le ministère de la Santé se donne comme objectif d'offrir l'égalité en matière de services de soin de santé primaires pour tous les groupes de langue officielle et qu'il élabore des plans, des directives et des stratégies pour l'atteindre. La commissaire recommande que les employés soient informés des questions de droit linguistique, qu'une offre active de services dans les différentes langues soit mise de l'avant et que les hauts fonctionnaires soient tenus responsables de la mise en œuvre de mesures sur le plan linguistique.

Situation actuelle : Le ministère de la Santé comprend l'importance d'offrir des services de qualité équivalente dans toutes les langues officielles et reconnaît ses obligations en vertu de la *Loi sur les langues officielles* du Nunavut.

À l'automne 2015, le comité de direction a entamé l'examen du modèle de soins de santé sur le territoire du Nunavut. Au cours de son travail, le comité intégrera l'accès aux services dans les langues officielles dans le nouveau modèle.

Mesures supplémentaires
Pour donner suite aux recommandations de la commissaire, le Ministère prendra aussi les mesures suivantes :

A. Élaborer un plan linguistique ainsi que des directives et des procédures liées à l'accès aux services dans les langues officielles à l'HGQ. La mise de l'avant d'une offre active fera partie du plan.

Office of The Deputy Minister
Department of Health, Government of Nunavut
P.O. Box 1000, Stn. 1000
Iqaluit, NU X0A 0H0
Ph: 867-975-5702 Fax: 867-975-5705

B. Faire en sorte que la question du droit d'obtenir des services dans l'une ou l'autre des langues officielles soit traitée dans les modules de formation offerts au personnel de l'HGQ.

Recommandations 2, 10 et 11

Sommaire des recommandations : Le Bureau du Commissaire aux langues du Nunavut recommande que le ministère de la Santé vise à se constituer une main-d'œuvre bilingue, que le processus d'embauche respecte les obligations linguistiques et que l'embauche de candidats bilingues soit favorisée une fois que les obligations relatives à l'Accord sur les revendications territoriales du Nunavut (ARTN) ont été prises en compte.

Situation actuelle : Le gouvernement du Nunavut s'active à constituer une main-d'œuvre représentative de la population du territoire qu'il sert. Ayant cet objectif en tête, le ministère de la Santé met en œuvre les mesures suivantes :

- Durant le processus d'embauche pour tout type de poste, la priorité est donnée aux candidats qualifiés qui sont bénéficiaires de l'ARTN.
- Offrir du soutien financier et un contrat de retour de service aux étudiants en soins infirmiers du Collège de l'Arctique du Nunavut (CAN). Jusqu'à maintenant, un total de 16 bénéficiaires de l'ARTN ont reçu leur diplôme en soins infirmiers du CAN. Pour l'année scolaire 2015-2016, un total de 10 bénéficiaires de l'ARTN sont inscrits au programme. En outre, 16 bénéficiaires de l'ARTN se sont inscrits au programme préparatoire en soins infirmiers (certificat).
- Élaborer un programme visant à permettre aux diplômés en soins infirmiers du CAN d'obtenir un emploi dans les établissements du ministère de la Santé d'Iqaluit dès leur sortie de l'école.
- Embaucher les trois bénéficiaires de l'ARTN détentrices du certificat de profession de sage-femme.
- Réserver une place aux résidents du Nunavut dans le programme de médecine de l'Université McGill; la personne qui occupe cette place en ce moment est aussi bénéficiaire de l'ARTN.

La formation de bénéficiaires de l'ARTN est une étape cruciale pour constituer une main-d'œuvre capable d'offrir directement des services de santé en inuktut aux Nunavummiut; d'importants progrès sont d'ailleurs faits dans cette direction. Conscient que les bénéficiaires de l'ARTN ne parlent pas tous couramment l'inuktut et que la formation de professionnels de la santé s'échelonne sur plusieurs années, le ministère de la Santé a aussi créé un service d'interprétation. Les étapes suivies pour améliorer ce service seront décrites dans la prochaine section.

Le gouvernement du Nunavut veille à ce que ses offres d'emploi soient rédigées dans toutes les langues officielles.

Ayant comme objectif d'améliorer l'accès aux services dans toutes les langues officielles, le ministère de la Santé travaille actuellement à créer un poste trilingue (anglais, français et inuktitut) d'agent de relations avec les patients à l'HGQ.

Office of The Deputy Minister
Department of Health, Government of Nunavut
P.O. Box 1000, Stn. 1000
Iqaluit, NU X0A 0H0
Ph: 867-975-5702 Fax: 867-975-5705

Mesures supplémentaires
Pour donner suite aux recommandations de la commissaire, le Ministère prendra aussi les mesures suivantes :

C. Explorer les différentes options pour augmenter le nombre de travailleurs bilingues;
D. Continuer d'offrir de la formation aux employés actuels et d'augmenter l'embauche de bénéficiaires de l'ARTN formés en soins de santé à l'HGQ.

Recommandations 8, 9, 12, 13 et 14

Sommaire des recommandations : Le Bureau du Commissaire aux langues du Nunavut recommande que les interprètes à l'HGQ soient disponibles en tout temps, qu'ils soient formés et évalués de manière professionnelle, qu'ils touchent un salaire équitable et qu'ils soient en mesure d'offrir leurs services tout au long du continuum de soins.

Situation actuelle : Il y a présentement douze postes d'interprètes médicaux à l'HGQ : six sont occupés par des employés nommés pour une durée indéterminée, deux autres par des employés occasionnels, un par une personne actuellement en arrêt de travail, deux font l'objet d'un concours et un dernier est vacant.

Dans la même veine que les recommandations de votre bureau, le ministère de la Santé a commencé à inscrire les membres de son personnel à des cours de terminologie médicale offerts par le Collège de l'Arctique du Nunavut (CAN), et ce, peu après la fin de l'enquête systémique. Le tableau suivant indique le nombre d'interprètes et d'employés de la santé ayant reçu cette formation.

Tableau 1 : Nombre de personnes ayant réussi les modules de terminologie médicale de 2013 à 2015

Titre du cours	Interprètes	Autres employés de la santé	Total
Anatomie et physiologie I	18	15	33
Anatomie et physiologie II	15	14	29
Maladies et affections I	17	12	29
Maladies et affections II	16	12	28

Ces modules sont de calibre professionnel et chacun d'eux est offert à temps plein, sur quatre semaines. Pour les réussir, les participants doivent subir des évaluations et passer des examens. Les plans de cours de chacun des modules sont annexés à la présente lettre, et le CAN a indiqué son intention de les mettre à jour dans la prochaine année.

Le ministère de la Santé planifie actuellement la formation sur la terminologie médicale de 2015-2016; il élaborera un plan de formation qui mettra particulièrement l'accent sur l'offre de formation aux interprètes de l'HGQ.

Le Ministère espère aussi embaucher plus d'interprètes au Nunavut. Le nombre d'inscriptions reçues jusqu'à maintenant au programme de traduction et d'interprétation du CAN est encourageant : trois en sont à leur deuxième année à Kugluktuk, trois à leur première année à Rankin Inlet et neuf à leur

Office of The Deputy Minister
Department of Health, Government of Nunavut
P.O. Box 1000, Stn. 1000
Iqaluit, NU X0A 0H0
Ph: 867-975-5702 Fax: 867-975-5705

première année à Iqaluit. Lorsqu'elles recevront leur diplôme, ces personnes viendront ajouter au bassin d'interprètes professionnels formés qui pourraient s'ajouter tant aux rangs de l'HGQ que dans d'autres établissements de soins de santé.

Mesures supplémentaires

Pour donner suite aux recommandations de la commissaire, le Ministère prendra aussi les mesures suivantes :

E. Réviser la description de tâche du poste d'interprète à pourvoir pour que soient exigées des compétences en interprétation en anglais et en français, puis ouvrir un concours pour le pourvoir;
F. Soumettre les postes d'interprètes et de commis-interprètes médicaux à l'examen de la Division de l'évaluation des postes pour s'assurer que ces professionnels reçoivent un salaire à la mesure de leurs responsabilités et des exigences de formation, conformément aux lignes directrices du gouvernement du Nunavut;
G. Revoir les horaires et la dotation en personnel en vue de rendre les services d'interprétation à l'HGQ accessibles en tout temps.

Nous vous remercions des recommandations que vous avez formulées dans votre rapport d'enquête préliminaire.

Soyez assurée de l'entière collaboration du ministère de la Santé pour toute autre question que votre bureau souhaiterait étudier.

Veuillez recevoir, Madame, mes plus cordiales salutations.

La sous-ministre de la Santé,

Colleen Stockley

C. c. : Paul Okalik, ministre de la Santé

Office of The Deputy Minister
Department of Health, Government of Nunavut
P.O. Box 1000, Stn. 1000
Iqaluit, NU X0A 0H0
Ph: 867-975-5702 Fax: 867-975-5705

BIBLIOGRAPHIE

AUCOIN, Léonard. *Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé : analyse critique de la littérature*, Ottawa, Société Santé en français, 2008.

BEACH, Mary Catherine, Somnath SAHA et Lisa A. COOPER. *The Role and Relationship of Cultural Competence and Patient-Centeredness in Health Care Quality*, The Commonwealth Fund, octobre 2006.

BETANCOURT, Joseph R. *Improving Quality and Achieving Equity: The Role of Cultural Competence in Reducing Racial and Ethnic Disparities in Health Care*, The Commonwealth Fund, octobre 2006.

BOELEN, Charles. *Vers l'unité pour la santé. Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé,* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001.

BOUDREAU, Armand et Hubert GAUTHIER. *Recrutement médical francophone bilingue au Nunavut - Rapport d'activités et de résultats au 31 mars 2012***,** Iqaluit, Réseau de santé en français du Nunavut (Résefan), 2012.

BOUDREAU, Armand*. Service d'accueil des professionnels francophones et bilingues - Étude de faisabilité et élaboration des composantes principales,* Iqaluit, Réseau de santé en français du Nunavut (Résefan), 2011.

BOWEN, Sarah. *Accès aux services de santé pour les populations insuffisamment servies au Canada*, Ottawa, Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada, 2000.

BOWEN, Sarah. *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Ottawa, Santé Canada, 2001.

BOWEN, Sarah. *Introduction aux compétences culturelles dans les soins de santé pédiatrique*, Ottawa, Santé Canada, 2000.

BOWEN, Sarah et Jeannine ROY. *Intégration des services d'interprétation dans la gestion des risques*, Winnipeg, 2009.

CANADIAN COUNCIL ON MULTICULTURAL HEALTH. *Substance Abuse and Cultural Communities: Report of the Provincial Health Promotion Workshops*, 1990.

COMMISSARIAT AUX LANGUES OFFICIELLES*. Bilan national des services au public en français et en anglais : Un changement de culture s'impose,* Ottawa, 2001.

COMMISSARIAT AUX LANGUES OFFICIELLES. *Les langues officielles au cœur de notre identité – Un aperçu de la Loi sur les langues officielles,* Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2010.

COMMISSARIAT AUX LANGUES OFFICIELLES. *Profil de compétences en leadership axé sur les langues officielles,* Ottawa, 2011.

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ. *Les plus vulnérables au Canada – Améliorer les soins de santé pour les personnes âgées des Premières nations, inuites et métisses,* Ottawa, 2013.

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ. *Profils des secteurs de compétence dans la perspective du renouvellement des soins de santé : Annexe du Rapport de progrès 2013 – Nunavut,* Ottawa, 2013.

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ. *Rapport de progrès 2013 : Renouvellement des soins de santé au Canada*, Ottawa, 2013.

CONSORTIUM NATIONAL DE FORMATION EN SANTÉ (CNFS). *Cadre de référence pour la formation à l'offre active des services de santé en français,* Ottawa, 2012.

CONSORTIUM NATIONAL DE FORMATION EN SANTÉ (CNSF) et SOCIÉTÉ SANTÉ EN FRANÇAIS (SSF)**.** *La santé des francophones en situation minoritaire : un urgent besoin de plus d'information pour offrir de meilleurs services,* 2010.

CONSORTIUM NATIONAL DE FORMATION EN SANTÉ (CNSF). *Document de réflexion pour le DVD « Quand la santé c'est aussi la langue! »,* Ottawa, 2011.

FÉDÉRATION DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES ET ACADIENNE DU CANADA. *Pour un meilleur accès à des services de santé en français,* Ottawa, Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, 2001.

FORGUES, Éric, et autres. *L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire,* Moncton, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques (ICRML), 2011.

GROUPE D'ÉTUDE SUR LA SANTÉ MENTALE DES IMMIGRANTS ET DES RÉFUGIÉS (1988), *Puis... la porte s'est ouverte,* Ottawa, ministère de la Santé et Bien-être social, ministère du Multiculturalisme et Citoyenneté,1988.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens en 2010,* Ottawa, 2011.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens – Notes techniques des indicateurs cliniques,* Ottawa, 2012.

L'ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE [https://oplfrpd5.cmpa-acpm.ca/home].

MCIVOR, Onowa, Art NAPOLEON et Kerissa M. DICKIE. *Language and Culture as Protective Factors for At-Risk Communities,* Victoria (B.C.), Journal of Aboriginal Health, November 2009.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU NUNAVUT. *Information sur les déplacements pour raison médicale,* Iqaluit, [http://gov.nu.ca/fr/health/information/d%C3%A9placement-pour-raison-m%C3%A9dicale].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU NUNAVUT. *Ligne directrice 2 – Autorisation pour un accompagnateur médical et un accompagnateur,* Iqaluit.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU NUNAVUT. *Medical Care Act - Annual Report 2012-2013*, Iqaluit.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU NUNAVUT. *Rapport annuel 2012-2013 sur le fonctionnement du régime d'assurance-maladie,* Iqaluit, 2014.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU NUNAVUT. *Service de relations avec les patients,* Iqaluit, 2014.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU NUNAVUT. *Services de santé – Politique de déplacement pour raison médicale,* Iqaluit, juin 2013.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVUT. *Health and Social Services Departmental Orientation Handbook,* Iqaluit, 2008.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVUT. *Health Integration Initiative Project in Nunavut,* Iqaluit.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVUT. *Jeter les assises d'une collectivité en santé – Une stratégie de santé publique pour le Nunavut 2008-2013,* Iqaluit.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVUT. *Community Voices: A Report from the Regional Community Health and Wellness Meetings*, Iqaluit, March 2010.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVUT. *Business Plan 2011-2014*, Iqaluit.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVUT. *Nunavut Nursing Recruitment and Retention Strategy,* Iqaluit, 2007.

MINISTÈRE DES RESSOURCES HUMAINES DU NUNAVUT. *Congé en cas de déplacement pour des soins médicaux,* Iqaluit, août 2009.

NOVA SCOTIA DEPARTMENT OF HEALTH. *A Cultural Competence Guide for Primary Health Care Professionals in Nova Scotia,* Halifax, 2005.

NUNAVUT TUNNGAVIK INCORPORATED. *Annual Report 2011-2012, 2012-2013 on the State of Inuit Culture and Society,* Iqaluit, 2013.

NUNAVUT TUNNGAVIK INCORPORATED. *Recruitment and Retention of Inuit Nurses in Nunavut,* Iqaluit, 2009.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO. *Consentement,* Toronto, 2013.

RÉSEAU DE SANTÉ EN FRANÇAIS (Résefan). *Des services de santé en français dans un Nord en mutation,* Iqaluit, Association des francophones du Nunavut, 2006.

RÉSEAU DE SANTÉ EN FRANÇAIS DU NUNAVUT (Résefan)**.** *Nouvelle Loi sur la santé publique du Nunavut - Commentaires et recommandations,* Iqaluit, 2011.

RÉSEAU DE SANTÉ EN FRANÇAIS DU NUNAVUT (Résefan). *Propositions de projets et d'activités pour le MSSS,* Iqaluit, 2011.

RÉSEAU DE SANTÉ EN FRANÇAIS DU NUNAVUT (Résefan). *Rapport annuel 2011-2012,* Iqaluit, 2012.

ROBINEAU, Anne et autres*. La vitalité des communautés francophones dans les territoires,* Ottawa, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, 2010.

SANTÉ CANADA. *Certaines circonstances : Équité et sensibilisation du système de soins de santé du Canada quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées,* Ottawa, 2001.

SANTÉ CANADA. *Consultation des communautés francophones en situation minoritaire : l'horizon 2013-2018,* Ottawa, 2011.

SANTÉ CANADA. *Loi canadienne sur la santé : Rapport annuel 2012-2013,* Ottawa, 2013.

SANTÉ CANADA. *Plan stratégique sur la santé des Premières nations et des Inuits* : *Un parcours partagé vers l'amélioration de la santé*, Ottawa, 2012.

SANTÉ CANADA. *Système de soins de santé. Loi sur les langues officielles*, Ottawa, 2004.

SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR DU CANADA, *Politique sur l'offre active* [http://www.tbs-sct.gc.ca/archives/hrpubs/ol-lo/chap1_2-fr.asp]

SOCIÉTÉ SANTÉ EN FRANÇAIS (SSF). *Santé en français, communautés en santé : Une offre active de services de santé pour une meilleure santé des francophones en situation minoritaire*, Ottawa.

WALLACE, Susan. *Inuit health: Selected findings from the 2012 Aboriginal Peoples Survey,* Statistics Canada, Minister of Industry, 2014.

WELSH LANGUAGE COMMISSIONER. *My Language, My Health: The Welsh Language Commissioner's Investigation into the Welsh Language in Primary Care,* Wales, 2014.

Vous pouvez nous contacter par téléphone, par courriel, par la poste ou en personne.

Téléphone
(867) 975-5080
Sans frais 1 877 836-2280

Courriel
langcom@langcom.nu.ca

Poste
C.P. 309, Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0

Adresse
630, chemin Queen Elizabeth II, 3e étage
(édifice Qamutiik – First Nations Bank)

ᐅᖃᐅᓯᖅᓄᑦ ᑲᒥᓯᓇᐅᑉ ᐊᒃᓚᒃᕕᐊ ᓄᓇᕗᒻᒥ
Uqauhinut Kamisinaup Havakvia Nunavunmi
Office of the Languages Commissioner of Nunavut
Bureau du Commissaire aux langues du Nunavut