Document generated on 08/14/2025 4:05 a.m.

Minorités linguistiques et société
Linguistic Minorities and Society

Do you speak English? Traitement sociopolitique de l'accessibilité aux services en santé mentale pour les anglophones du Québec

Laurie Kirouac and Isabelle Perreault

Number 9, 2018

Santé mentale des jeunes des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) au Canada : l'état des lieux
Youth Mental Health in Official Language Minority Communities (OLMCs) in Canada: Situation Analysis

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1043495ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1043495ar

See table of contents

Publisher(s)

Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques / Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities

ISSN

1927-8632 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Kirouac, L. & Perreault, I. (2018). *Do you speak English?* Traitement sociopolitique de l'accessibilité aux services en santé mentale pour les anglophones du Québec. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (9), 36–54. https://doi.org/10.7202/1043495ar

Article abstract

In the late 1970s, the Government of Quebec adopted the Charter of the French Language (Bill 101), which changed the management of language in the delivery of health and social services. At the same time, numerous reports, study committees and policies transformed institutional and community practices with respect to people with mental health problems. What impact has this period of great change, when policy responses were implemented to address linguistic concerns, had on the mental healthcare of Quebec Anglophones? In this article, we will trace the overall evolution of the sociopolitical process that has surrounded the issue of the accessibility of mental health services for Anglophones, paying particular attention to the situation in Montreal.

Tous droits réservés © Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques / Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities, 2018

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Minorités linguistiques et société
Linguistic Minorities and Society
Numéro 9 Number 9 2018

Do you speak English? Traitement sociopolitique de l'accessibilité aux services en santé mentale pour les anglophones du Québec

Laurie Kirouac
Université d'Ottawa

Isabelle Perreault
Université d'Ottawa

Résumé

À la fin des années 1970, le Québec se dote de la *Charte de la langue française* (Loi 101), qui modifie l'encadrement de la question de la langue de prestation des services de santé et de services sociaux. Parallèlement, de nombreux rapports, comités d'étude et politiques modifient en profondeur les pratiques institutionnelles et communautaires à l'endroit des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Depuis ce contexte de grandes transformations, où certaines réponses politiques ont été apportées aux préoccupations linguistiques, qu'en est-il de l'accès aux soins de santé mentale pour les anglophones du Québec ? Nous proposons de retracer dans ses grandes lignes l'évolution du traitement sociopolitique qui a été fait de la question de l'accessibilité des services en santé mentale pour les personnes anglophones en accordant une attention particulière à la situation montréalaise.

Abstract

In the late 1970s, the Government of Quebec adopted the Charter of the French Language (Bill 101), which changed the management of language in the delivery of health and social services. At the same time, numerous reports, study committees and policies transformed institutional and community practices with respect to people with mental health problems. What impact has this period of great change, when policy responses were implemented to address linguistic concerns, had on the mental healthcare of Quebec Anglophones? In this article, we will trace the overall evolution of the sociopolitical process that has surrounded the issue of the accessibility of mental health services for Anglophones, paying particular attention to the situation in Montreal.

Le 22 janvier dernier, Jody Ross, cofondatrice de Mental Health Estrie, interpellait le premier ministre Justin Trudeau sur la nécessité d'apporter des solutions à l'accès difficile aux services en santé mentale pour les anglophones de l'Estrie (Radio-Canada, 2017). Ce n'est pas un hasard car à l'automne 2016 le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2016) faisait paraître un rapport sur les barrières à l'accès aux soins de santé rencontrées par les personnes issues des communautés anglophone et immigrantes de la région. Cet événement, fortement médiatisé en raison de la décision du premier ministre de répondre en français à Mme Ross, qui s'était pourtant adressée à lui en anglais, a remis sur la table des enjeux soulevés depuis plusieurs années déjà. En effet, depuis une quinzaine d'années, la population anglophone du Québec fait périodiquement l'objet de rapports commandés ou déposés pour la plupart par le ministère fédéral de la Santé ou le Commissariat aux langues officielles (Bureau d'appui aux communautés de langue officielle, 2011 ; CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2016 ; Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire, 2007 ; Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, 2004 et 2005 ; Ouimet, Trempe, Vissandjée et Hemlin, 2013 ; Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada, 2013 ; Santé Canada, 2007). Ces rapports, produits par des chercheurs universitaires et gouvernementaux, s'emploient à problématiser et à documenter les barrières linguistiques à l'accès aux soins de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM). Ils proposent également des mesures correctives (législatives, institutionnelles, organisationnelles, etc.) pour améliorer l'accès aux soins de santé des CLOSM au Québec et au Canada. Cependant, à l'échelle canadienne, aucune étude, à l'exception de celle de Trân, Beaucage et Reinharz (2004), ne traite spécifiquement de l'accès aux services de santé mentale pour les personnes anglophones en situation linguistique minoritaire. Les rapports publiés portent, pour la plupart, soit sur la santé mentale, soit sur les politiques linguistiques, mais à peu près jamais sur le croisement de ces questions. Cela peut sembler étonnant quand on sait, d'une part, l'importance prise par la langue et la communication dans le contexte de la prestation des soins de santé mentale (Bauer et Alegría, 2010) et, d'autre part, que les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble mental sont couramment ciblées par les comités d'éthique (des universités, des établissements de santé, etc.) et les différents ministères comme faisant partie des groupes jugés les plus vulnérables de notre société.

Dans le présent article, nous avons choisi de nous pencher sur la situation des anglophones[1] du Québec pour comprendre quelles formes ont pris les enjeux liés à l'accès aux services de santé mentale au cours de l'histoire pour ce groupe sociolinguistique. Comme le rappellent Rigaud, le Groupe d'étude sur les politiques et la santé, Turgeon et Gagnon

1. Les expressions « personnes anglophones » et « personnes de langue anglaise » seront utilisées dans cet article comme des synonymes.

(2006), loin d'être naturelle, l'accessibilité relève plutôt d'un construit social et politique, alors que sa concrétisation sur le terrain dépend d'un encadrement juridique, certes, mais aussi organisationnel (Rigaud et coll., 2006). De fait, si de nos jours les barrières linguistiques à l'accès aux soins de santé, au même titre que les barrières économiques, sont reconnues comme telles et font l'objet de diverses mesures législatives et organisationnelles, il a d'abord fallu qu'elles réussissent à s'imposer comme un « problème public », c'est-à-dire qu'elles canalisent l'attention et le débat public et se taillent une place, à côté et parfois au détriment de problématiques ou de causes concurrentes, dans le programme politique provincial et fédéral. Or, toutes les actions sociales qui, ensemble, ont concouru à transformer dans le domaine de la santé la question des barrières linguistiques à l'accès en problème public sont le produit d'activités d'acteurs sociaux particuliers, véritables entrepreneurs de cause, qui agissent conformément à des valeurs, à des positions ou à des intérêts spécifiques et grâce à des ressources et à des réseaux de pouvoir divers (Neveu, 2016[2]).

Dans ce qui suit, nous commencerons d'abord par retracer les principaux événements qui ont mené à l'étatisation des services de santé au Québec et qui ont préparé le terrain pour que les préoccupations en matière d'accès et de barrières linguistiques puissent être formulées publiquement et relayées politiquement. Rappelons-le, l'instauration de l'assurance hospitalisation et de l'assurance maladie dans les années 1960 et 1970 visait à assurer à tous les résidents et résidentes du Québec l'accessibilité et l'équité en matière de santé. Mais qu'en était-il, durant cette période, de la langue de prestation des services de santé aux résidents et résidentes anglophones du Québec ? Qu'en est-il aujourd'hui ? Et, surtout, que s'est-il passé entretemps pour que les difficultés linguistiques d'accès aux services de santé des anglophones s'imposent comme une cause à défendre, voire comme un problème public nécessitant des mesures correctives particulières ? Nous verrons que si la question de l'accès aux services de santé pour les anglophones du Québec s'est imposée comme un problème public surtout au lendemain de l'adoption de la *Charte de la langue française*[3] (Loi 101) et si, depuis lors, différentes instances fédérales et provinciales ont joué des rôles clés dans l'instauration de réponses législatives et organisationnelles, la question spécifique de l'accès aux services de santé mentale « dans sa langue » n'a suscité ni un débat public particulier, ni des récriminations d'importance. Cela semble indiquer que si les réformes majeures qui ont transformé le système de santé québécois depuis les années 1970 (sécularisation, Loi 101, virage ambulatoire, etc.) ont contribué, de toute évidence, à faire des barrières linguistiques à l'accès pour les anglophones un problème public, il en va autrement pour les difficultés

2. Neveu (2016) s'inspire notamment des travaux classiques de Becker (1985 [1963]), de Blumer (1971) et de Gusfield (2009 [1981]) et s'inscrit dans l'étude de la construction sociale des problèmes sociaux.

3. *Charte de la langue française du Québec*, LRQ 1979.

d'accès aux services de santé mentale, qui n'ont jamais véritablement fait l'objet d'un traitement sociopolitique particulier[4].

La population anglophone du Québec : quelques chiffres et repères

Parler des anglophones de Montréal, c'est parler en quelque sorte d'un groupe linguistique national majoritaire, au fort capital culturel et financier, devenu dans la deuxième moitié du 20e siècle une minorité linguistique dans la province de Québec (Dickinson, 2007). Cette majorité minorisée, donc, n'en a pas moins conservé un statut enviable caractérisé par des infrastructures, des établissements, des organisations et des groupes de pression qui lui sont propres, y compris en santé et en santé mentale. Par exemple, ce qu'on connaît de nos jours comme l'Institut universitaire en santé mentale Douglas – et qui était anciennement le Protestant Hospital for the Insane et un peu plus tard le Verdun Protestant Hospital – a été fondé à l'origine, en 1890, grâce au financement d'un groupe d'hommes d'affaires anglophones de Montréal, afin de mettre à la disposition des non-catholiques un hôpital psychiatrique (Paradis, 1997). À cette population de langue maternelle anglaise installée au Québec depuis quelques siècles sont venus se joindre, surtout à partir du 20e siècle, les immigrants de diverses régions du monde (les anciennes colonies britanniques, entre autres) ayant l'anglais pour langue seconde (Pâquet, 2005). Ces vagues d'immigration feront en sorte de passablement transformer le visage de la population anglophone, en faveur notamment d'une plus grande ethnodiversité, en particulier sur l'île de Montréal.

Sur la question de la langue maternelle, 7,7 % de la population québécoise se déclare de langue maternelle anglaise (599 230 personnes sur 7 815 955 habitants), tandis que 12,3 % de la population déclare avoir une langue maternelle autre que le français ou l'anglais (961 700). Il est ainsi commun d'estimer à 20 % la population québécoise qui est susceptible de connaître des difficultés dans ses rapports avec le système de santé et de services sociaux (Statistique Canada, 2011). Citant les données du recensement de 2006, Ouimet et ses collaborateurs (2013) précisent que ce pourcentage de 20 % n'a pas changé, semble-t-il, entre 2006 et 2011 : plus de 70 % des Québécois et des Québécoises connaissent le français, 23 % connaissent l'anglais et 5 % n'ont aucune connaissance de ces deux langues. Les auteurs notent toutefois que la connaissance d'une langue officielle ne signifie en rien que la personne est à même de « communiquer efficacement » dans cette langue avec un

4. Note méthodologique : Les données empiriques de cet article proviennent principalement des rapports et des énoncés de politique des ministères de la Santé du Québec et du Canada. Nous avons d'abord fait la recension de tous les documents disponibles sur la question des minorités linguistiques et de l'accès aux services de santé, pour ensuite nous concentrer sur la voix des acteurs principaux dans le débat. Par une analyse de contenu des matériaux recueillis, nous traçons le portrait des enjeux linguistiques et de la santé. D'autre part, nous avons dépouillé les rapports annuels de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSSD) de 1950 à 1995. Même si ces documents sont la vitrine officielle de l'établissement, ils nous renseignent néanmoins, par les mots et le formatage, sur l'évolution des politiques en santé mentale et linguistiques.

intervenant du réseau de la santé et des services sociaux (Ouimet et coll., 2013 : 3). De nos jours, la population minoritaire de langue anglaise vit principalement dans la région métropolitaine de Montréal et forme environ 16,4 % de la population de cette ville[5]. Les personnes de langue anglaise représentent ainsi le groupe minoritaire le plus important au Québec, même si celui-ci connaît un déclin démographique dans plusieurs de ses régions[6].

Politique québécoise de sécularisation, *Charte de la langue française et Loi canadienne sur la santé*

Avec l'arrivée au pouvoir du gouvernement libéral de Lesage au tournant des années 1960, l'État québécois manifeste sa volonté d'étatiser et de laïciser les établissements de santé, jusque-là sous la gouverne principale des congrégations religieuses. Les travaux du comité d'étude Boucher (1963) et de la Commission d'enquête Castonguay-Nepveu (1966-1972) prépareront la voie à ces transformations majeures. Selon Bergeron et Gagnon :

> [Avant les] années 1960, la santé était considérée comme un domaine d'action publique subsidiaire. Bien que la Loi établissant le service d'assistance publique de 1921 constitue « la première rupture dans la logique de charité jusqu'alors prédominante dans l'organisation du sanitaire », c'est le gouvernement Lesage, élu en 1960, qui pose les fondements de l'intervention contemporaine de l'État en santé […]. (Cité dans Rigaud et coll., 2006 : 8)

En 1970, dans le prolongement des recommandations issues des travaux de la Commission Castonguay-Nepveu, le Québec met ainsi en place un régime public d'assurance maladie, soit 23 ans après la première province à établir un tel régime, la Saskatchewan. Le régime saskatchewannais, par ses principes sociaux-démocrates (universalité et gratuité, principalement), fait dans ces années figure d'exemple dans le processus de construction des systèmes publics de santé au Canada et même dans le monde (Rigaud et coll., 2006 : 8 ; Marchildon, 2012).

Les critères confessionnels, qui ont longtemps prévalu au Québec dans l'organisation des services de santé, seront abolis dans la foulée du mouvement de sécularisation que connaît la société québécoise dans les années 1960[7]. Ce ne seront dès lors plus les considérations religieuses, mais bien la langue d'usage et le lieu de résidence des patients et patientes qui présideront à la répartition de l'offre des services de santé au sein de la population québécoise. À titre d'exemple, dès 1966, la sectorisation des services en santé mentale est mise en

5. L'Outaouais et l'Estrie (y compris les régions du sud du Québec) comptent respectivement 14,2 % et 6,8 % de leur population qui a l'anglais pour langue maternelle. Données tirées du recensement de 2011 (Statistique Canada, 2011).
6. « Within Quebec, English-speaking minority communities declined in fourteen of seventeen administrative regions; with dramatic declines in five regions, where populations dropped by over 13% in the five-year period » (Carter, 2008 : 91).
7. Jusque-là, rappelons-le, la division entre les établissements de santé gérés par les communautés anglophone et francophone n'était pas basée sur des critères linguistiques, mais bien confessionnels (catholiques et protestants).

œuvre et le Douglas Hospital, comme il se nomme depuis 1965, se doit de prendre en charge toutes les personnes d'expression anglaise de la province (IUSMD, 1966)[8].

Au moment où le gouvernement Lesage met en place le premier système public de santé dans la province, des enjeux liés à l'identité nationale et linguistique commencent à se faire sentir. C'est notamment durant cette période (de 1968 à 1972) que la Commission Gendron sur la situation de la langue française et des droits linguistiques au Québec bat son plein, elle qui mènera en 1974 à l'adoption de la *Loi sur la langue officielle*[9] de la province (Loi 22) et, plus tard, à la Loi 101 (*Charte de la langue française*)[10]. De fait, à la suite de l'élection du Parti Québécois en 1976, le ministre Camille Laurin propose le projet de loi 101, qui fera du français la seule langue officielle de la province. En août 1977, le gouvernement du Québec adopte la *Charte de la langue française*, qui fait du français « la langue de l'État et de la Loi […], la langue normale et habituelle du travail, de l'enseignement, des communications, du commerce et des affaires » (Bouchard et Desmeules, 2011 : 10). À l'instar des autres milieux d'emploi, les établissements de santé et de services sociaux québécois sont assujettis aux dispositions de la *Charte de la langue française*. Toutefois, afin d'assurer l'accès aux services dans sa langue à la population anglophone, une liste d'établissements de santé sont nommés « établissements désignés » ou « établissements reconnus »[11], c'est-à-dire qu'ils sont légalement tenus d'offrir des services bilingues (français et anglais). Ces établissements bénéficient donc d'un assouplissement des modalités d'application de la *Charte*.

De nombreux anglophones et allophones, pour divers motifs, s'opposeront fermement à cette loi. Pour des raisons politiques, idéologiques et financières, plusieurs « anglophones de souche » décideront de quitter le Québec à la fin des années 1970. Parmi ceux qui restent, des groupes de pression seront formés pour influer sur de nouvelles politiques fédérales ou provinciales, surtout lors de l'arrivée au pouvoir du gouvernement libéral de Robert Bourassa

8. « In June, 1965, by an order of Lieutenant Governor-in-council, the Verdun Protestant Hospital became Douglas Hospital—Hôpital Douglas. […] The choice for a bilingual name reflects acceptance by the Hospital of the responsability to participate constructively in the sweeping changes that this Province is undergoing. While retaining our identity as the major psychiatric facility serving the non-French-speaking community, we nonetheless join the struggle to achieve a better future for all the citizens of la belle Province, particularly in the provision of more adequate services to those suffering from mental disorder » (IUSMD, 1966 : 23).

9. *Loi sur la langue officielle*, LQ 1974, c 6.

10. Au fédéral, la *Loi sur les langues officielles* de 1969, faisant suite aux recommandations de la Commission royale d'enquête sur le bilinguisme et le biculturalisme, la Commission Laurendeau-Dunton, sera modifiée en 1988, date à laquelle est ajoutée la partie VII, qui sanctionne l'engagement fédéral à l'endroit du développement des minorités francophones et anglophones du pays et de la reconnaissance des deux langues au sein de la société canadienne (en ligne) : https://sencanada.ca/en/Content/Sen/committee/403/offi/04evc-f. La partie VII, ajoutée en 1988, est modifiée en 2005. La promotion des langues officielles en contexte minoritaire relèvera alors de Patrimoine Canada.

11. Les « établissements désignés » et les « établissements reconnus » sont tenus de rendre accessibles aux personnes d'expression anglaise leurs services de santé et leurs services sociaux en langue anglaise (article 508 de la *Charte de la langue française*). Un établissement reconnu est un établissement qui fournit ses services à des personnes en majorité d'une langue autre que le français et qui a obtenu de l'Office québécois de la langue française une reconnaissance en vertu de l'article 29.1 de la *Charte de la langue française*.

en 1985. Par exemple, le groupe Alliance Québec voit le jour en 1982 et défendra les droits des anglophones du Québec auprès des gouvernements provinciaux et fédéraux jusqu'en 2005, notamment sur les questions d'accès aux services de santé.

En 1984, le gouvernement canadien[12] légifère pour assurer l'accès aux services de santé à tous les Canadiens et Canadiennes. La *Loi canadienne sur la santé*[13] de 1984 concrétise en effet l'engagement à promouvoir et à faciliter l'accès aux services de santé :

> [L']objectif principal de la politique canadienne des soins de santé […] consiste à protéger, à promouvoir et à rétablir le bien-être physique et mental des résidents du Canada, et à leur donner, dans des conditions raisonnables, accès aux services de santé, sans que des obstacles financiers ou d'un autre ordre s'y opposent. (LRC, 1985)

Si au départ l'accessibilité défendue par cette loi ciblait avant tout la suppression des barrières économiques dans la promotion de services de santé universels à tous les Canadiens et Canadiennes, avec les années d'autres barrières à l'accès, comme les barrières ethnoculturelles et linguistiques[14], retiennent l'attention des acteurs politiques.

À la suite de l'adoption en 1984 de la *Loi canadienne sur la santé*, qui défend l'accès aux services de santé pour tous les Canadiens et Canadiennes, Alliance Québec démarre une campagne communautaire en faveur de nouvelles garanties juridiques pour les anglophones et du droit d'accès à des services sociaux et de santé en langue anglaise. De nouvelles mesures législatives visant les personnes en situation de minorité linguistique, et en particulier les anglophones du Québec, seront peu après adoptées, au fédéral[15] comme au provincial. En 1986, sous le gouvernement libéral de Bourassa, une modification de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*[16] est votée (projet de loi C-142). Elle prévoit que toute personne vivant sur le territoire québécois a le droit d'avoir accès à des services de santé en anglais. Cette modification législative ne change toutefois rien au fait que tous les établissements

12. L'intervention du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé se fonde juridiquement sur son pouvoir de dépenser (article 91 de la *Loi constitutionnelle de 1867* et particulièrement son alinéa 3) et sur des responsabilités spécifiques du fédéral en matière de santé publique – quarantaine et maintien des hôpitaux de marine (article 91, alinéa 11 de la *Loi constitutionnelle de 1867*), bien-être des Indiens, des étrangers, des détenus des pénitenciers fédéraux et des membres des forces armées.

13. *Loi canadienne sur la santé*, LRC (1985), c C-6.

14. Ces dernières barrières ne sont pas explicitement mentionnées dans la *Loi canadienne sur la santé* de 1984. Néanmoins, différentes mesures et dispositions législatives, tant provinciales que fédérales, pouvaient – et peuvent toujours – être invoquées pour soutenir ce droit d'accès : la *Charte canadienne des droits et libertés*, la *Loi canadienne sur les droits de la personne*, les codes provinciaux et territoriaux sur les droits de la personne, les lois provinciales sur la santé et le *Code criminel* du Canada. Voir Bowen (2001) pour une discussion détaillée de cette question.

15. Par exemple, la modification de la *Loi sur les langues officielles* en 2005, intervenue à la suite de l'adoption du projet de loi S-3, est venue apporter de nouvelles garanties juridique aux minorités de langue officielle. Elle prévoit que « les institutions fédérales ont l'obligation juridique de prendre des mesures positives pour remplir leur engagement de veiller à ce que le français et l'anglais aient un statut égal dans la société canadienne » (Bouchard et Desmeules, 2011 : 8). Se référer notamment à : http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/o-3.01/page-3.html#h-10.

16. *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (*LSSSS*), LRQ, c S-4.2, s.d.

doivent offrir des services en français en vertu de la *Charte de la langue française*, y compris ceux tenus d'offrir des services en langue anglaise (Carter, 2008 : 88). La mise en application de la *Loi* a lieu quelque trois ans plus tard, avec l'assignation d'un coordonnateur des services de santé en langue anglaise dans l'ensemble des Conseils régionaux de santé et de services sociaux (CRSSS) et l'entrée en vigueur du premier programme d'accès aux services pour les anglophones. Dès 1991, dans la foulée du virage ambulatoire, de nouvelles mesures législatives seront adoptées afin de garantir que les transformations du système de santé prévues dans le projet de loi 120 n'entravent pas l'accès aux services de santé en langue anglaise. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (*LSSSS*) est modifiée et oblige, au nom du principe d'équité, tous les établissements de santé à prévoir des services en anglais (article 15). Le gouvernement crée alors le Comité provincial pour la prestation des services de santé et de services sociaux en langue anglaise et lui confie le mandat de donner son avis sur la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise et de veiller à l'approbation, à l'évaluation et à la modification de chaque programme d'accès élaboré par les régies régionales. Il faudra toutefois attendre quelques années pour que des programmes d'accès soient élaborés et que des mesures organisationnelles[17] favorisant l'accès aux anglophones du Québec soient mises en place. Ainsi, les barrières linguistiques à l'accès, entre les années 1980 et 2000, retiendront l'attention des décideurs politiques du Québec, mais aussi des scientifiques qui, au nom des inégalités et des risques pour la santé qu'elles représentent, y consacreront diverses études en mettant cette fois l'accent dans une certaine mesure sur la santé mentale.

Services en santé mentale et barrières linguistiques à l'accès : l'apport des scientifiques

En 2001, Sarah Bowen publie un important rapport de recherche pour Santé Canada sur les barrières linguistiques à l'accès aux services de santé au Canada et les risques qu'elles représentent pour la santé des personnes concernées[18]. À partir d'un examen approfondi de

17. Les établissements de santé québécois font l'usage, dans une mesure très variable, de différentes stratégies d'adaptation linguistique pour garantir l'accès aux services en langue anglaise. Selon les cas, ils peuvent produire et utiliser des documents bilingues ou traduits, embaucher des employés bilingues, avoir recours à des services d'interprétation, offrir des cours de langue seconde aux professionnels de la santé, etc. Lorsqu'elles sont adéquatement mises en place, ces mesures sont notamment reconnues pour permettre une amélioration de la satisfaction des usagers et de la qualité des soins reçus (Karliner, Jacob, Chen et Mutha, 2007 ; Mazor, Hampers, Chande et Krug, 2002), une augmentation de leur utilisation des services (Snowden, Masland, Peng, Wei-Mien Lou et Wallace, 2011) et une amélioration de leur compréhension et du lien de confiance lors de l'échange avec le professionnel de la santé (Bender et Harlan, 2005 ; Han, Laranjo et Friedman, 2009).

18. Selon Bowen, Gibbens, Roy et Edwards (2010), les barrières linguistiques représentent en outre des risques pour les établissements de santé, notamment parce qu'elles peuvent conduire à des erreurs médicales, et pour cette raison l'adaptation linguistique des services s'avère ainsi une démarche nécessaire afin de réduire au maximum ces incidents. Nous n'y retrouvons qu'une seule page sur les soins de santé mentale et les minorités linguistiques. Cette information provient du Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada (1988).

la littérature, elle y identifie notamment les principaux groupes parmi la population canadienne qui sont susceptibles de faire l'expérience de telles barrières linguistiques à l'accès. Selon Bowen, les personnes qui ne maîtrisent pas l'une des deux langues officielles sont parmi les plus à risque de se heurter à ces barrières, comme les Premières Nations et les Inuits, les immigrants et les réfugiés et les personnes malentendantes. Mais elle précise aussi que la situation de ces groupes ressemble sous certains aspects à celle des personnes qui, bien que maîtrisant l'une des deux langues officielles, sont également susceptibles d'être confrontées à des barrières similaires à l'accès, et cela, en raison de leur lieu de résidence ou de certaines circonstances : les francophones vivant à l'extérieur du Québec et les anglophones vivant au Québec (Bowen, 2001). Ses conclusions seront ensuite reprises et développées par plusieurs autres travaux de recherche menés sur la question des barrières linguistiques à l'accès des personnes en situation linguistique minoritaire au Québec et ailleurs au Canada (Bélanger et coll., 2011 ; Bouchard, Gaboury, Chomienne et Gagnon-Arpin, 2009 ; CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2016 ; Diamond et Jacobs, 2010 Huang, Ramos, Jones et Regenstein, 2009 ; LeBel, à paraître ; Ouimet et coll., 2013 ; Trân, Beaucage et Reinharz, 2004).

La question de la langue prend une importance toute particulière dans le contexte des services et des soins en santé mentale, étant donné la place centrale prise par la communication dans la compréhension des malaises et symptômes de l'usager, l'établissement du diagnostic par le médecin et la décision de la thérapeutique appropriée. Au Canada, dès la fin des années 1980, une importante étude établissait la langue comme principale barrière à l'accès aux services de santé mentale (Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada, 1988). D'autres recherches ont également montré qu'il n'est pas rare que les utilisateurs du système de santé retardent le moment de demander des services de santé mentale et les sous-utilisent pour des raisons liées aux barrières linguistiques (CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2016 ; Roberts et Crockford, 1997 ; Stuart, Minas, Klimidis et O'Connell, 1996 ; Trauer, 1995).

Les sources potentielles de problèmes de communication dans la prestation des soins de santé mentale et leurs implications sont plurielles. L'évaluation d'un usager dans une langue autre que sa langue maternelle ou encore par le biais des services d'un interprète non professionnel[19] peut mener à une conclusion incomplète ou erronée sur son état mental (Bauer et Alegría, 2010). Certains travaux de recherche ont d'ailleurs observé que les patients donnaient des réponses différentes selon la langue dans laquelle ils étaient questionnés (Oquendo, 1996), tandis que les professionnels de la santé auraient tendance à avoir moins recours au traitement psychothérapeutique pour les personnes ayant une maîtrise limitée de la langue officielle (Marcos, 1979). L'ensemble de ces implications et effets néfastes sur

19. Les services d'un interprète professionnel permettent d'atténuer ces difficultés. Les interprètes non professionnels sont généralement des membres du personnel hospitalier non spécifiquement formés et évalués ou encore un membre de la famille ou un proche de l'usager.

la santé, associés plus ou moins directement aux barrières linguistiques, participeraient ainsi aux inégalités de santé auxquelles font face les populations en situation linguistique minoritaire, notamment une partie des francophones hors Québec et des anglophones du Québec (Bélanger et coll., 2011 ; Bouchard et coll., 2009 ; CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2016 ; LeBel, à paraître ; Trân, Beaucage et Reinharz, 2004).

Les anglophones du Québec et les difficultés d'accès aux services en santé mentale : un « non-problème » public

Le Québec compte, depuis la fin du 19e siècle, trois grands établissements psychiatriques : Saint-Michel-Archange (Robert-Giffard/IUSMQ), Saint-Jean-de-Dieu (Louis-H.-Lafontaine/IUSMM) et le Verdun Protestant Hospital (Douglas/IUSMD). Ce dernier établissement, comme nous l'avons mentionné précédemment, accueille depuis ses débuts les anglophones de la province du Québec et est depuis quelques décennies désigné à titre d'établissement devant offrir l'ensemble de ses services en anglais aux personnes de langue anglaise. S'il s'agissait avant le tournant des années 1970 d'un établissement multiconfessionnel et d'expression anglaise desservant des patients majoritairement anglo-protestants de diverses origines, principalement du Canada et des îles Britanniques, il traite maintenant surtout des patients anglophones, francophones et allophones résidents du sud-ouest de Montréal.

Si en 1965 le Verdun Protestant Hospital change de nom et devient le Douglas Hospital/Hôpital Douglas, c'est par respect culturel du Québec selon les administrateurs de l'époque[20]. C'est aussi durant cette période que la sectorisation des services de santé mentale est mise sur pied. L'Hôpital Douglas s'interroge alors sur ses responsabilités à l'égard des anglophones de la province ainsi que de tous les résidents et résidentes, majoritairement francophones, de LaSalle, Verdun, Ville-Émard et Pointe-Saint-Charles[21]. Même si l'approche linguistique de la fin des années 1970 du gouvernement du Québec donne ouvertement la primauté au français comme langue de service, l'établissement psychiatrique traditionnellement anglophone bénéficiera d'un statut d'établissement bilingue et, déjà en 1973, ses responsables se féliciteront d'avoir mis en place la première clinique externe bilingue de la province à Ville LaSalle (IUSMD, 1973 : 3).

20. « In June, 1965, by an order of Lieutenant Governor-in-council, the Verdun Protestant Hospital became Douglas Hospital—Hôpital Douglas. […] The choice for a bilingual name reflects acceptance by the Hospital of the responsability to participate constructively in the sweeping changes that this Province is undergoing. While retaining our identity as the major psychiatric facility serving the non-French-speaking community, we nonetheless join the struggle to achieve a better future for all the citizens of la belle Province, particularly in the provision of more adequate services to those suffering from mental disorder » (IUSMD, 1966 : 23).

21. Le secteur A – sud-ouest de Montréal – est composé à 60 % de francophones et à 28 % d'anglophones et de personnes d'origine ethnique autre (surtout italienne).

Quelque 10 ans plus tard, la Politique de santé mentale du Québec (1989) est adoptée, elle qui entend respecter l'origine culturelle et les orientations religieuses ou spirituelles des patients (IUSMD, 1989 : 1). Elle recevra un fort appui des administrateurs de l'Hôpital Douglas. Sa mise en application entend donner à chaque CRSSS (au nombre de 11) un coordonnateur des services en langue anglaise. Cela dit, les administrateurs du Douglas réagiront vivement au début des années 1990 face à ce qu'ils considèrent comme une attaque envers les « méga »-établissements psychiatriques. Les coupes budgétaires, les fermetures de lits et le manque de personnel que connaît l'Hôpital dans les années 1990 seront en effet au cœur des récriminations de ses administrations auprès du gouvernement du Québec, sans aucune mention cependant de la langue des services.

En 2004, le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise publie un avis sur la « constitution de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la région de Montréal ». Parmi les constats dressés, on y mentionne l'absence de problèmes considérables quant à l'accès aux services en langue anglaise. L'essentiel des services prévus dans le cadre des balises ministérielles, peut-on y lire, sont « accessibles à l'ensemble de la population et sont, en majeure partie, offerts en anglais aux personnes d'expression anglaise » (Comité provincial, 2004 : 11). L'avis relève toutefois certaines lacunes dans les services hospitaliers, spécialisés et psychosociaux, qui rendent nécessaire la signature de nouvelles ententes de services entre les établissements de santé[22].

S'il est reconnu que les services de santé à Montréal ne posent globalement pas un problème d'accessibilité pour la population anglophone, il en va autrement de la situation ailleurs au Québec. Au début des années 2000, Santé Canada crée deux comités consultatifs : le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM) et le Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaires (CCCASM). Ces comités ont le mandat de conseiller le ministre de la Santé sur les priorités de leurs communautés. En 2002, le CCCASM remet un premier rapport au ministre fédéral de la Santé. Le rapport souligne que les anglophones des régions métropolitaines du Québec sont bien desservis, mais que les résidents des régions rurales éprouvent plus de difficulté à obtenir des soins de santé en anglais, même si la *LSSSS* leur garantit le droit de recevoir de tels services (Santé Canada, 2007). Le CCCASM fera plusieurs recommandations au gouvernement fédéral qui, de l'avis même du Comité, recevront l'aval et le financement nécessaires à leur mise en œuvre (Santé Canada, 2007). C'est aussi au cours de cette même période qu'est créé le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux du Québec (RCSSS) grâce à un financement du ministère du Patrimoine canadien. Il s'agit d'un réseau d'organismes communautaires, de ressources et d'institutions publiques dont

22. Il existe des ententes de services entre différents établissements (les CLSC, notamment) visant à assurer un accès aux services de première ligne (la prestation des services psychosociaux, par exemple) aux personnes d'expression anglaise quand les services ou les masses critiques ne s'y trouvent pas localement.

le mandat est d'assurer l'accès à des services de santé et à des services sociaux offerts en anglais pour remédier aux inégalités sur le plan de l'état de santé. L'objectif du RCSSS est de contribuer à l'épanouissement des communautés anglophones en promouvant des liens stratégiques et des partenariats au sein du système de santé et de services sociaux en vue d'améliorer l'accès aux services[23]. Dans les années 2000, le RCSSS fera partie des principaux bénéficiaires désignés du Programme de contribution pour les langues officielles en santé[24] (2008-2013) (PCLOS) et, à ce titre, il mènera des activités de réseautage en santé communautaire et coordonnera des « projets pour la santé des CLOSM[25] » qui auront notamment comme public cible et prioritaire les enfants, les jeunes et les aînés (Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada, 2013).

En parallèle, peu de choses sont dites dans ces rapports sur la situation qui prévaut en matière d'accessibilité aux services de santé mentale. Et lorsqu'on en fait mention, la situation n'est pas toujours posée comme problématique ou préoccupante. À titre d'exemple, en 2005, le Comité provincial fait parvenir un avis au Directeur de la santé mentale du Québec, André Delorme, dans le cadre de la consultation relativement à la production du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*[26]. Dans cet avis, le Comité provincial avalise les principales lignes directrices et actions prioritaires du Plan d'action, tout en réitérant l'importance prise par la communication entre les intervenants du domaine de la santé mentale et leurs clients, qualifiée comme « à la base même de tout plan d'intervention » (Comité provincial, 2005). Il précise que la participation du client d'expression anglaise aux décisions qui le concernent, son adhésion aux plans d'intervention et les résultats cliniques obtenus reposent sur la qualité des communications (2005 : 1). Il attire aussi l'attention sur la contribution des organismes communautaires qui desservent les personnes d'expression anglaise et leurs proches, en soulignant non seulement leur importance mais aussi leur capacité à grandement faciliter l'accès aux services pour ces personnes[27]. Plusieurs points y sont ainsi soulevés, mais à aucun endroit il n'est question de lacunes graves en matière d'accès

23. Le RCSSS, d'échelle provinciale, a compté selon les années entre 10 et 18 réseaux régionaux et locaux qui réunissent maintenant une soixantaine d'organismes membres. L'influence et le champ d'action du RCSSS empruntent aussi des voies plus indirectes. Dans son rapport de 2011, le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) note par exemple que, pour la période de 2009-2010, 140 membres de conseil d'administration ou employés du RCSSS siégeaient au sein de 101 comités des autorités de la santé (tables de concertation régionales) (BACLO, 2011 : 9).

24. Le PCLOS vise l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les minorités de langue officielle, soit les francophones hors Québec et les anglophones du Québec.

25. Parmi les « projets pour la santé des CLOSM » qui seront financés et coordonnés par le RCSSS, on retrouve quelques rapports de recherche réalisés par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (Trempe et Lussier, 2011 ; Ouimet et coll., 2013).

26. S'il est fait mention des jeunes dans les plans d'action de 1998 et de 2005-2010, il faudra néanmoins attendre le plan de 2015-2020 pour qu'une série de mesures visant spécifiquement les jeunes et les jeunes adultes soient mises en œuvre, tant dans la prévention que dans l'offre d'un continuum de services intégrés et adaptés tout au long de la vie.

27. Parmi la centaine d'organismes du milieu communautaire membres du Réseau alternatif et communautaire des organismes en santé mentale de l'île de Montréal (RACOR), près de la moitié se disent en mesure d'offrir des services en français et en anglais.

aux services de santé mentale pour les personnes d'expression anglaise. D'autres rapports publiés depuis vont d'ailleurs dans le même sens. Selon l'étude de Statistique Canada sur les professionnels de la santé (2009), l'effectif des travailleurs sociaux et des psychologues suffirait à desservir la minorité anglophone ou la CLOSM du Québec. Également, dans le rapport d'évaluation du PCLOS produit par Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada (2013) et couvrant la période 2008-2012, rares sont les éléments problématiques touchant à la situation des services de santé mentale qui y sont soulevés[28]. Si le rapport mentionne que la population francophone minoritaire à l'extérieur du Québec est « satisfaite » de son niveau d'accès aux services de santé comparativement à la minorité anglophone qui, elle, semble « beaucoup moins satisfaite », aucune précision n'est toutefois donnée à savoir si cela concerne ou non – et dans quelle mesure – les services de santé mentale (Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada, 2013 : 11). De même, à aucun endroit il n'est fait mention de la situation des jeunes des CLOSM en matière de santé mentale. Le processus de consultation amorcé par le Quebec Community Groups Network (QCGN)[29] avait pourtant permis de mettre en lumière l'accès limité, et dans certains cas inexistant, à des services de santé mentale et de toxicomanie pour la population anglophone du Québec vivant en milieu semi-urbain et rural et pour les jeunes ayant des besoins particuliers (QCGN, 2012). Tout récemment, l'étude réalisée par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS (2016) a elle aussi relevé les difficultés d'accès aux services de santé mentale, cette fois de la communauté anglophone de la région de l'Estrie, qui vit majoritairement en milieu rural.

Conclusion

La question de l'accès aux services de santé pour les anglophones du Québec s'est imposée comme un problème public surtout au lendemain de l'adoption, en 1977, de la *Charte de la langue française*. Plusieurs acteurs des milieux politiques, communautaires et lobbyistes se sont alors mobilisés, au nom de positions, de valeurs et d'intérêts spécifiques, pour ériger les difficultés d'accès aux services de santé en langue anglaise au rang de véritable problème public appelant à de nécessaires correctifs législatifs et organisationnels. Les chercheurs ont été plus nombreux à s'y intéresser, les médias ont été plus prompts à relayer l'information au public, les décideurs politiques ont défendu ce dossier à l'Assemblée nationale du Québec et au Parlement canadien, des groupes de pression se sont constitués, des lois ont été adoptées et modifiées, des comités consultatifs et évaluatifs ont été créés, des mesures organisationnelles ont été instaurées, etc. On ne peut en effet que constater la multiplicité des réponses

28. Comme rare élément « critique » mentionné dans le rapport, on peut penser au passage où il est fait mention qu'un certain nombre des informateurs clés rencontrés dans le cadre de la production de ce rapport d'évaluation ont souligné la nécessité d'offrir davantage de services de santé mentale aux personnes issues des CLOSM (Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada, 2013).

29. Depuis 2006, le QCGN est reconnu par le gouvernement du Canada et le ministère du Patrimoine canadien comme le représentant officiel et l'interlocuteur du secteur communautaire anglophone du Québec.

(législatives, institutionnelles, organisationnelles, etc.) apparemment efficaces qui ont été apportées au fil du temps, et ce, dès les années 1980, au problème d'accès des anglophones (ou des CLOSM) du Québec aux services de santé. En réalité, la communauté anglophone du Grand Montréal est l'une des communautés minoritaires les plus avantagées au pays, ce qui en fait une CLOSM un peu particulière, y compris relativement aux questions d'accès aux services de santé mentale. Malgré les réformes législatives et administratives majeures qui ont touché l'organisation des services sociaux et de santé, et qui ont notamment obligé l'Hôpital Douglas à desservir le secteur sud-ouest de Montréal et à devenir bilingue, la population montréalaise a accès à une vaste gamme de services de santé mentale offerts dans plusieurs établissements de santé, comme l'Hôpital St-Mary's, l'Allan Memorial, le Lake Shore, sans compter les services en anglais disponibles dans les CLSC, les cliniques externes et les ressources communautaires. Mais, différents acteurs le constatent et le déplorent ces dernières années, la situation se complique dès lors qu'on sort de la région montréalaise et des grands centres[30]. Les personnes d'expression anglaise qui habitent la ville de Québec, par exemple, doivent avoir une maîtrise minimale du français pour recevoir des services de santé mentale (Trân, Beaucage et Reinharz, 2004). Les derniers événements survenus à Sherbrooke ont permis d'attirer l'attention sur les difficultés d'accès similaires des anglophones de la région de l'Estrie. Pourtant, si d'importantes barrières linguistiques à l'accès aux services de santé en langue anglaise subsistent pour une partie des résidents et résidentes anglophones du Québec et si elles sont relayées et dénoncées par différents acteurs, jusqu'à ce jour la question spécifique des services de santé mentale semble être restée en marge du traitement sociopolitique de la problématique de l'accès. Cela ne peut manquer d'étonner quand on connaît l'importance prise par la communication et la langue dans la prestation des services de santé mentale (Bauer et Alegría, 2010 ; Oquendo, 1996). Or, se pourrait-il que ce peu d'attention politique suscitée par les difficultés d'accès de la population anglophone aux services de santé mentale « dans sa langue » s'explique en partie par l'ampleur prise par la problématique globale de l'accès aux services de santé mentale au Québec, et ce, sans égard à la langue parlée et à la région habitée ? Se pourrait-il, en ce sens, que ces difficultés d'accès imputables aux barrières linguistiques voient une partie de leur poids politique dissous dans le problème du déficit d'accès tout court aux services de santé mentale (Le Protecteur du citoyen, 2016) ?

30. Cet accès problématique vaut aussi pour les régions qui comptent une population autochtone nombreuse.

Références

Alliance Québec (1983). *Analyse technique des dispositions de la loi 101 qui concernent les services de santé et services sociaux*, Cahier I, Montréal, Alliance Québec.

Bauer, Amy M., et Margarida Alegría (2010). « Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: A systematic review », *Psychiatric Services*, vol. 61, nº 8, p. 765-773.

Becker, Howard (1985 [1963]). *Outsiders* : *études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié.

Bélanger, Mathieu, Louise Bouchard, Isabelle Gaboury, Brigitte Sonier, Isabelle Gagnon-Arpin, Aurel Schofield et Paul-Émile Bourque (2011). « Perceived health status of Francophones and Anglophones in an officially bilingual Canadian province », *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, vol. 102, nº 2, p. 122-126.

Bender, Deborah E., et Christina Harlan (2005). « Increasing Latino access to quality health care: Spanish language training for health professionals », *Journal of Public Health Management and Practice*, vol. 11, nº 1, p. 46-49.

Bergeron, Pierre, et France Gagnon (2003). « La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations », dans Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger (dir.), *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*, Québec, Presses de l'Université Laval.

Blumer, Herbert (1971). « Social problems as collective behavior », *Social Problems*, vol. 18, nº 3, p. 298-306.

Bouchard, Louise, et Martin Desmeules (2011). *Minorités de langue officielle du Canada : égales devant la santé ?*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Bouchard, Louise, Isabelle Gaboury, Marie-Hélène Chomienne et Isabelle Gagnon-Harpin (2009). « Profil santé des communautés anglophones minoritaires au Québec », Ottawa, Réseau de recherche interdisciplinaire sur la santé des francophones en situation minoritaire au Canada (RISF). Bowen, Sarah (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Ottawa, Santé Canada, catalogue nº H39-578/ 2001F.

Bowen, Sarah, Michelle Gibbens, Jeannine Roy et Jeanette Edwards (2010). « From "multicultural health" to "knowledge translation": Rethinking strategies to promote language access within a risk management framework », *Journal of Specialised Translation*, vol. 14, p. 145-164.

Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) (2011). *Programme de contribution pour la santé des communautés de langue officielle*, rapport sur le rendement du Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS), Ottawa, Imprimerie du gouvernement canadien.

Carter, James (2008). « What future for English-language health and social services in Quebec ? », dans Richard Y. Bourhis, *The vitality of the English-speaking communities of Quebec: From community decline to revival*, Québec, Centre d'études ethniques des universités montréalaises de l'Université de Montréal et Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques de l'Université de Moncton, p. 87-105.

Ciusss de l'Estrie – Chus (2016). *Responding better the needs of the linguistic and cultural communities in Estrie*, Sherbrooke, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire (2007). *Bâtir sur les fondations : améliorer les résultats pour la santé et accroître la vitalité des communautés anglophones du Québec*, rapport présenté au ministre fédéral de la Santé, Ottawa, Santé Canada.

Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise (2004). « Avis concernant la constitution de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la région de Montréal (06) », juin, 39 p.

Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise (2005). « Avis sur le document de consultation "Plan d'action en santé mentale 2005-2008" », 2 p.

Diamond, Lisa C., et Elizabeth A. Jacobs (2010). « Let's not contribute to disparities: The best methods for teaching clinicians how to overcome language barriers to health care », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 25, suppl. 2, p. 189-193.

Dickinson, John (2007). « The English-speaking minority of Quebec: A historical perspective », *International Journal of the Sociology of Language*, nº 185, p. 11-24.

Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada (1988). *Puis la porte s'est ouverte : problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés*, Ottawa, Multiculturalisme et Citoyenneté Canada.

Gusfield, Joseph (2009 [1981]). *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Economica.

Han, Alice, Humberto Laranjo et Steven M. Friedman (2009). « The design and pilot of a translation aid to help ED clinicians enhance communication with the Portuguese-speaking patient », *International Journal of Emergency Medicine*, vol. 2, nº 1, p. 41-46.

Huang, Jennifer, Christal Ramos, Karen Jones et Marsha Regenstein (2009). *Talking with patients: How hospitals use bilingual clinicians and staff to care for patients with language needs*, George Washington University, School of Public Health and Health Services, Department of Health Policy.

Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD) (1950-1995). Rapports annuels.

Karliner, Leah S., Elizabeth A. Jacobs, Alice H. Chen et Sunita Mutha (2007). « Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature », *Health Services Research*, vol. 42, nº 2, p. 727-754.

LeBel, Marie (à paraître). « Peut-on parler d'une déshospitalisation psychiatrique ? Les soins en santé mentale dans le Nord-Est ontarien », dans Hervé Guillemain, Alexandre Klein et Marie-Claude Thifault (dir.), *Archives Psy* (titre provisoire), Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Marchildon, Gregory P. (dir.) (2012). *Making medicare: New perspectives on the history of medicare in Canada*, Toronto, University of Toronto Press.

Marcos, Luis R. (1979). « Effects of interpreters on the evaluation of psychopathology in non-English-speaking patients », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 136, nº 2, p. 171-174.

Mazor, Suzan S., Louis C. Hampers, Vidya T. Chande et Steven E. Krug (2002). « Teaching Spanish to pediatric emergency physicians: Effects on patient satisfaction », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 156, nº 7, p 693-695.

Neveu, Érik (2016). *Sociologie politique des problèmes publics*, Paris, Armand Colin.

Oquendo, Maria A. (1996). « Psychiatric evaluation and psychotherapy in the patient's second language », *Psychiatric Services*, vol. 47, nº 6, p. 614-618.

Ouimet, Anne-Marie, Normand Trempe, Bilkis Vissandjée et Isabelle Hemlin (2013). *Adaptation linguistique des soins et des services de santé : enjeux et stratégies*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

Pâquet, Martin (2005). *Tracer les marges de la Cité : étranger, immigrant et État au Québec, 1627-1981*, Montréal, Boréal.

Paradis, André (1997). « Thomas J. W. Burgess et l'administration du Verdun Protestant Hospital for the Insane (1890-1916) », *Canadian Bulletin of Medical History = Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 14, nº 1, p. 5-35.

Protecteur du citoyen (2016). *Rapport annuel d'activités 2015-2016*, Québec, Assemblée nationale du Québec.

Quebec Community Groups Network (QCGN) (2012). *Les priorités de la population d'expression anglaise du Québec en matière de soins de santé et de services sociaux, 2013-2018 : document basé sur une consultation auprès des membres de la population d'expression anglaise du Québec.*

Radio-Canada (2017). « Difficile d'être soigné en anglais : voilà l'enjeu présenté – en anglais – à Justin Trudeau à Sherbrooke », 22 janvier. En ligne : http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1012317/difficile-detre-soigne-en-anglais-voila-lenjeu-presente-en-anglais-a-justin-trudeau-a-sherbrooke.

Rapport Boucher – Comité d'études sur l'assistance publique (1963), Québec.

Rapport Castonguay-Nepveu de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1967-1972), 7 volumes, Québec.

Rigaud, Benoît, en coll. avec le Groupe d'étude sur les politiques et la sante, Jean Turgeon et France Gagnon (2006). *L'État québécois en perspective : le rôle de l'État dans la dispensation des services de santé*, s.l., Observatoire de l'administration publique.

Roberts, Nasreen, et David Crockford (1997). « Psychiatric admissions of Asian Canadians to an adolescent inpatient unit », *Canadian Journal of Psychiatry = Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 42, nº 8, p. 847-851.

Santé Canada (2007). *Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire : évaluation formative*, Ottawa, Imprimerie du gouvernement canadien.

Santé Canada, et Agence de la santé publique du Canada (2013). *Évaluation du Programme de contribution pour les langues officielles en santé 2008-2012*, Ottawa, Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada.

Snowden, Lonnie R., Mary C. Masland, Carol J. Peng, Christine Wei-Mien Lou et Neal T. Wallace (2011). « Limited English proficient Asian Americans: Threshold language policy and access to mental health treatment », *Social Science & Medicine*, vol. 72, nº 2, p. 230-237.

Statistique Canada (2009). *Professionnels de la santé et minorités de langue officielle au Canada, 2001 et 2006*, Ottawa, Statistique Canada, nº 91-550-X au catalogue. En ligne : http://www.statcan.gc.ca/pub/91-550-x/91-550-x2008001-fra.pdf.

Statistique Canada (2011). Population selon la langue maternelle et les groupes d'âge (total), chiffres de 2011, pour le Canada, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, Ottawa, Statistique Canada.

Stuart, Geoffrey W., I. Harry Minas, Steven Klimidis et Siobhan O'Connell (1996). « English language ability and mental health service utilisation: A census », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 30, nº 2, p. 270-277.

Trân, Joliette, Clément Beaucage et Daniel Reinharz (2004). *Analyse organisationnelle de l'accessibilité des services de santé mentale pour la population anglophone de la région de la Capitale nationale*, Beauport, Direction régionale de la santé publique de la Capitale nationale, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale.

Trauer, Tom (1995). « Ethnic differences in the utilisation of public psychiatric services in an area of suburban Melbourne », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 29, nº 4, p. 615-623.

Trempe, Normand, et Marie-Hélène Lussier (2011). *La connaissance et l'utilisation de la langue anglaise par les professionnels de la santé et des services sociaux au Québec*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec.

Législation

Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R-U), 1982, c 11.

Charte de la langue française du Québec, LRQ 1979.

Code criminel, LRC (1985), c C-46.

Loi canadienne sur la santé, LRC (1985), c C-6.

Loi canadienne sur les droits de la personne, LRC (1985).

Loi constitutionnelle de 1867, (R-U) 30 & 31 Vict, c 3 art 91.

Loi sur la langue officielle, LQ 1974, c 6.

Loi sur les langues officielles, LRC 1988, c 31 (4e suppl.).

Loi sur les services de santé et les services sociaux (*LSSSS*), LRQ c S-4.2, s.d. art 15.

Mots clés

Québec, anglophones, santé mentale, minorité linguistique, services de santé

Keywords

Quebec, Anglophones, mental health, linguistic minority, health services

Correspondance

lkirouac@uottawa.ca

iperreault@uottawa.ca