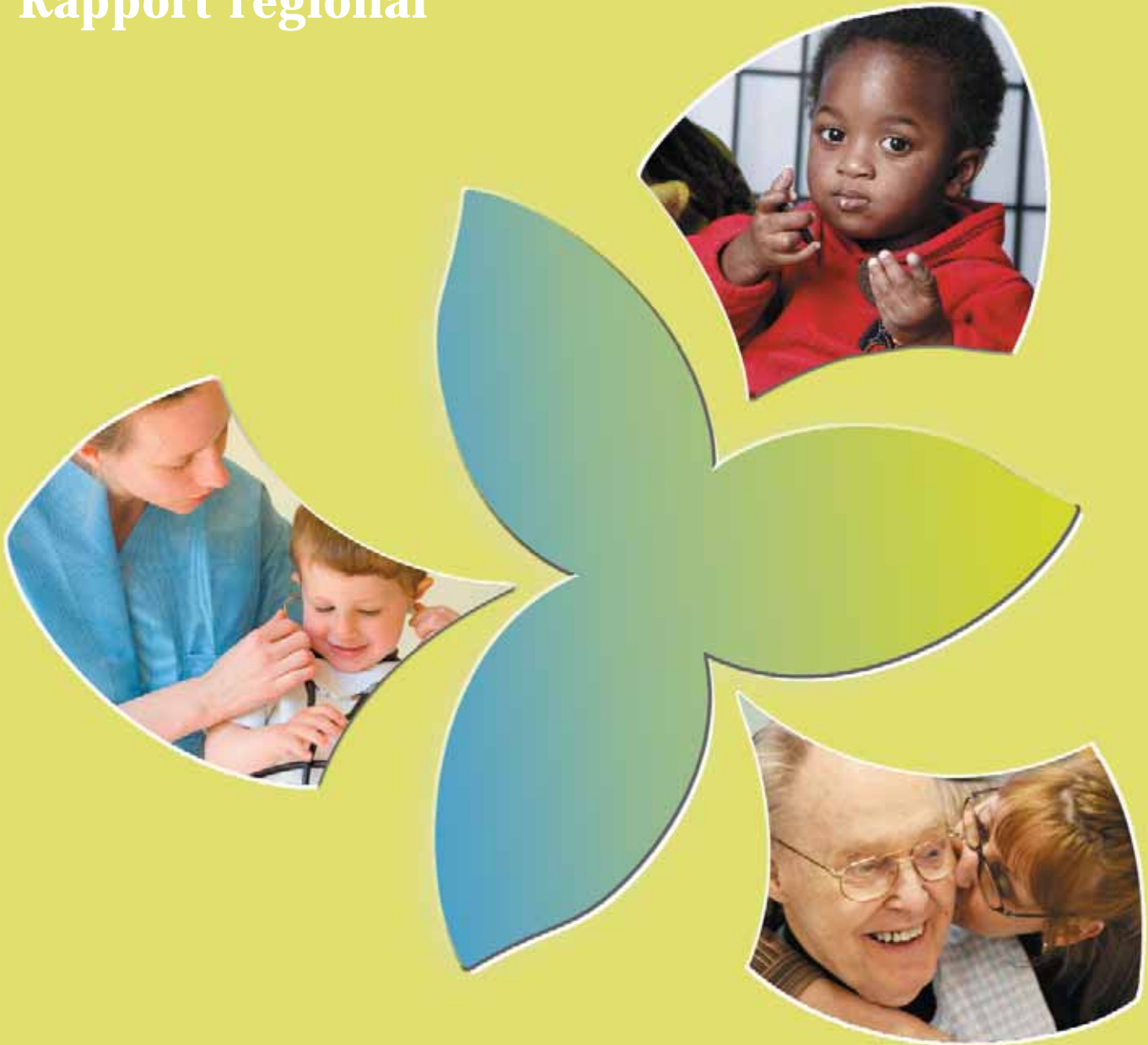


PRÉPARER le TERRAIN

2006

Soins de santé primaires en français dans le Sud de l'Ontario

Rapport régional



Réseau franco-santé
du Sud de l'Ontario



TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	iii
SOMMAIRE	1-8
Introduction	9
Chapitre 1 : Le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario	10
1.1 Son rôle	10
1.2 Sa mission	10
1.3 Ses principaux objectifs	11
1.4 Son territoire	11
Chapitre 2 : Méthodologie	12
2.1 Dimensions provinciale et régionale	12
2.2 Approche régionale	12
2.3 Mise en œuvre régionale	12
2.3.1 Comité consultatif régional	12
2.3.2 Plan de travail	12
2.3.3 Consultation de la population	13
2.3.4 Validation des résultats et des pistes de solution	13
2.4 Définitions	14
2.4.1 Soins de santé primaires	14
2.4.2 Francophone	14
2.5 Choix des régions à retenir pour le projet	15
Chapitre 3 : Analyse du contexte	16
3.1 Profil des communautés du Sud de l'Ontario	
3.1.1 Centre	17
3.1.2 Sud-Ouest	22
3.2 État de santé des francophones de l'Ontario	24
3.3 Contexte des services de santé en français dans le Sud	25

Chapitre 4 : Résultats	27
4.1 Bilan des services	27
4.1.1 Cabinets de médecin de famille	27
4.1.2 Centres d'accès aux soins communautaires	29
4.1.3 Centres de santé communautaire	30
4.1.4 Équipes Santé familiale	31
4.1.5 Services de santé publique	32
4.1.6 Services de santé mentale et de toxicomanie	33
4.1.7 Télésanté Ontario	35
4.2 Bilan des consultations communautaires	35
4.2.1 Lieux d'accès	36
4.2.2 Ressources humaines	42
4.2.3 Promotion de la santé et prévention des maladies	46
4.2.4 Planification et gestion	47
Chapitre 5 : Recommandations	50
5.1 Un point de départ pour les soins de santé primaires en français : Les axes stratégiques	50
5.2 Recommandations du Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario	55
Conclusion	62
Bibliographie	63

Principaux acronymes utilisés dans ce document :

CASC	Centre d'accès aux soins communautaires
CFT	Centre francophone de Toronto
CNFS	Consortium national de formation en santé
CSC	Centre de santé communautaire
DDR	Division de recensement
ESF	Équipe Santé familiale
FASSP	Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires
LSF	Loi sur les services en français
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PLT	Préparer le terrain
RHS	Ressources humaines en santé
RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé
RIFSSSO	Regroupement des intervenant(e)s francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario
SSF	Société Santé en français
SSP	Soins de santé primaires

Remerciements

Le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario tient à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation du projet *Préparer le terrain* et à la rédaction de ce rapport.

Équipe PLT

Joyce Irvine, gestionnaire de projets
Rachel Gnaléga, agente de planification
Natalie Arnold, étudiante à l'université de Calgary, agente de recherche
Denys Bégin, Groupe ONEC, agent de projet
Winy Bernard, agente de projet
Suzanne Dufour, agente de projet
Owen Evans, traducteur
Johan Favreau, réviseure
Marie-Carmelle Scorsonne, GraphiqueArtiste, artiste graphique
Marie Wright, étudiante à l'université McMaster, agente de recherche

Équipe du Réseau

Nicole Blanchette, agente de communication,
Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario
Jean-Marc Boisvenue, directeur général,
Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario
Claire Chapdelaine, adjointe administrative,
Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario
Marthe Dumont, présidente,
Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario
Lytte Lacroix, coordonnatrice,
Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario
Perpétue Nitunga, adjointe administrative,
Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario

Comité consultatif régional

Gail Ainslie, gestionnaire de cas,
Centre d'accès aux soins communautaires de Chatham-Kent
Paule Breton, infirmière praticienne,
Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara
Alain Dobi, conseiller en santé mentale,
Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara
Marthe Dumont, membre du conseil d'administration,
Centre communautaire de Chatham-Kent La Girouette
Diane Farmer, directrice, Centre de recherches en éducation franco-ontarienne
Yvette Laforêt-Fliesser, responsable du Programme des jeunes adultes,
Bureau de santé de Middlesex London
Thérèse Hughes, travailleuse sociale,
Centre d'aide aux victimes d'agression sexuelle de Windsor Essex
Élaine Legault, directrice générale, Conseil des organismes francophones de
la région de Durham et présidente du comité
Micheline Wylde, consultante régionale,
Services de santé en français, région de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario tient à féliciter l'équipe PLT de son excellent travail et de son dévouement. Ces membres n'ont pas eu peur de se relever les manches devant la tâche à accomplir et ils ont su relever le défi avec brio.

Le Réseau tient également à remercier l'équipe provinciale de PLT, composée de Denis Fortin et de Marcel Pronovost, de même que l'équipe PLT des trois autres réseaux ontariens.

Par ailleurs, le Réseau tient à souligner l'apport exceptionnel des consultants régionaux de santé en français dans le Centre-Sud-Ouest à la réalisation de ce projet. Un grand merci à Richard Beaudin, Aurèle Bénéteau, Jocelyne Blais-Breton, Manuella Giuliano, France Tolhurst, Ernest Vaillancourt et Micheline Wylde. Vous avez été d'une aide précieuse.

Le Réseau désire également remercier les organismes communautaires qui ont collaboré à la recherche et aidé à organiser les groupes de discussion. Parmi eux, on trouve le Centre communautaire de Chatham-Kent La Girouette; le Centre francophone communautaire de Cambridge; le Centre français de Hamilton; le Cercle de l'Amitié de Mississauga; la Clé d'la Baie en Huronie; le Centre francophone de Toronto et le Conseil des organismes francophones de la région de Durham.

Finalement, le Réseau tient à exprimer ses plus sincères remerciements à toutes les personnes qui ont accepté d'être interrogées comme intervenants clés ou qui ont participé aux groupes de discussion.

C'est grâce à la contribution de chacun que le Réseau a pu mener à bonne fin ce projet et réaliser ce rapport. Merci!

© 2006, Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario.

La reproduction partielle ou complète de ce document est permise pour des fins éducatives ou de recherche. Veuillez faire mention du Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario comme source des renseignements.



SOMMAIRE

Introduction

Préparer le Terrain est un projet de planification des soins de santé en français. Il s'agit d'une initiative nationale de la Société Santé en français (SSF), financée par Santé Canada dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (Enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle).

Au cours des deux dernières années, les dix-sept réseaux de santé en français au Canada, dont le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario, ont mené une étude à la fois sur le terrain et documentaire. Le but de l'étude était de mieux comprendre les besoins, les lacunes et les priorités en matière de santé des communautés francophones en situation minoritaire de même que de fournir des pistes de solution. L'un des résultats concrets du projet est l'ensemble de renseignements et d'analyses dont on dispose maintenant et qui facilitera la prise de décision quant aux meilleures façons d'offrir des services de santé de qualité à la population francophone.

Aucune garantie

La question de l'accès aux services de santé en français n'est pas nouvelle en Ontario. Elle retient l'attention de la communauté et du gouvernement provincial depuis longtemps. Cependant, malgré les progrès faits depuis l'adoption de la *Loi sur les services en français* (LSF) en 1986, dans le Sud de l'Ontario, l'accès aux services de santé primaires en français est loin d'être garanti.

Et voilà le nœud du problème – peu ou pas de points d'accès reconnus, pénurie de ressources humaines francophones, mauvaise utilisation de ces ressources, programmes mal adaptés aux besoins des diverses communautés francophones du Sud, peu de voix au chapitre en ce qui concerne la planification et la gestion des services de santé primaires.

Préparer le terrain en action

Les principaux éléments de la démarche PLT

Le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario et les communautés qu'il dessert

Le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario est un organisme sans but lucratif qui a pour mission d'assurer à tous les francophones du Sud de l'Ontario l'accès, en français, à des services de santé de qualité. Né en 2003 d'une initiative de réseautage de la SSF, il regroupe des professionnels de la santé, des établissements de santé, des organismes communautaires francophones, des établissements de formation postsecondaire, des membres de la communauté francophone, des autorités gouvernementales ainsi que d'autres partenaires.

Le Réseau dessert un vaste territoire qui s'étend de Penetanguishene au Nord jusqu'à Welland au Sud et de Peterborough à l'Est jusqu'à Windsor à l'Ouest.

Le Sud de l'Ontario est une région de contrastes, marquée par la diversité et l'urbanisation. La majorité des francophones appartenant à une minorité raciale se trouve dans les grands centres urbains du Sud. On y trouve également une forte proportion de francophones nés à l'extérieur de la province. En outre, la région comporte des grands centres urbains comme Toronto, Mississauga, Hamilton, London et Windsor et des régions rurales comme celles des municipalités de Niagara et de Chatham-Kent, et des comtés de Simcoe et d'Essex.

Les quelque 175 000 francophones du Sud de l'Ontario sont dispersés dans 27 divisions de recensement, parmi une population totale de plus de 9 millions d'habitants. Alors, même si cette population forme la deuxième plus importante concentration de francophones de la province, soit 31,9 %, elle ne constitue que 1,9 % de la population régionale totale.

Il est intéressant de noter que 43 % de la population francophone du Sud vit dans des régions non désignées en vertu de la LSF.

Dans le Sud, l'assimilation est un enjeu très important. C'est ici que l'on trouve le taux de conservation de la langue le plus bas ainsi que le taux d'exogamie le plus élevé de la province.

Le territoire du Réseau franco-santé du Sud se divise facilement en deux régions, celle du Centre et celle du Sud-Ouest, dont les caractéristiques sont assez différentes.

Le Sud de l'Ontario est une région de contrastes, marquée par la diversité et l'urbanisation.

Le Centre en bref

- 138 000 francophones, concentrés surtout dans le Grand Toronto, avec de plus petits bassins dans les régions de Hamilton, de Simcoe et de Niagara
- Terre d'accueil pour les nouveaux arrivants
 - * Plus d'un francophone sur cinq est d'origine multiculturelle
 - * Trois francophones sur cinq sont nés à l'extérieur de la province
 - * Proportion de francophones ayant une formation postsecondaire plus élevée que celle de la population générale
 - * 19 % des francophones possèdent un baccalauréat
- Taux de chômage plus faible que celui de la population générale
- Revenus d'emploi moyen et total plus élevés que ceux de la population générale et des francophones des autres régions

Le Sud-Ouest en bref

- Quelque 35 000 francophones, concentrés surtout dans les comtés d'Essex et de Middlesex et la municipalité de Chatham-Kent
- Faible poids démographique
 - * Moins de 3 % de la population totale de la région
 - * 6,3 % de la population francophone totale de la province
 - * Population francophone vieillissante
 - * Près du quart sont âgés de 65 ans et plus, comparativement à 14 % chez la population générale
 - * Près du tiers sont âgés de 45 à 64 ans, comparativement à 23 % chez la population générale
- Faible taux de participation au marché du travail

Le projet PLT

Dans le cadre de ce projet, les quatre réseaux de santé en français de l'Ontario ont travaillé en partenariat afin d'assurer la complémentarité de leurs plans. Ils ont ainsi adopté une approche à deux volets – une composante commune et une composante propre à chaque réseau. Chaque réseau présente donc un rapport en deux volumes. Le premier volume, le *Rapport provincial*, présente un portrait global de la situation en Ontario. Le *Rapport régional* présente les résultats pour chaque région, en l'occurrence, le Sud de l'Ontario.

L'élaboration de l'approche méthodologique a représenté une étape importante du projet. Le Réseau du Sud a donc préparé un plan de travail et créé un comité consultatif pour guider l'équipe de recherche tout au long du projet. L'équipe a également travaillé de près avec les sept consultants régionaux des services de santé en français du Sud.

Voici les principaux éléments du plan de travail :

- Travail de concertation entre les quatre réseaux de l'Ontario
- Collaboration avec les autorités gouvernementales
- Collaboration avec d'autres organismes provinciaux



Faut-il s'étonner que les deux principales constatations de PLT sont l'absence quasigénéralisée de services de santé offerts en français dans le Sud et le désir des francophones d'être servis dans leur langue?

- Élaboration d'une définition commune de « soins de santé primaires » et de « francophone »
- Délimitation du territoire à l'étude – choix de douze divisions de recensement regroupant 90 % des francophones : Essex, Chatham-Kent, Middlesex, Waterloo, Niagara, Hamilton, Halton, Peel, Toronto, Simcoe, York et Durham
- Analyses documentaire et statistique
- Inventaire des médecins de famille et des pédiatres capables de parler français (selon le site Web de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario); des centres de santé communautaire; des équipes Santé familiale; des services de santé publique (soins cliniques, services offerts dans les écoles et le programme *Bébés en santé, enfants en santé*); des centres d'accès aux soins communautaires (soins infirmiers à domicile, dont les soins palliatifs); des services de santé mentale et de toxicomanie; Télésanté Ontario
- Tenue de 108 entrevues auprès d'intervenants clés, tels que des médecins, des infirmières, des représentants des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), des dirigeants d'organismes communautaires francophones, etc.
- Tenue de neuf groupes de discussion, tant dans des régions désignées que non désignées, soit à Pain Court, London, Cambridge, Thorold, Hamilton, Penetanguishene, Mississauga, Toronto et Oshawa
- Définition d'un portrait global de la situation - besoins, lacunes, priorités et pistes de solution
- Diagnostic de la situation
- Formulation de recommandations préliminaires
- Validation des recommandations par le comité consultatif
- Approbation des recommandations par le conseil d'administration

En français s.v.p.

Faut-il s'étonner que les deux principales constatations de PLT sont l'absence quasigénéralisée de services de santé offerts en français dans le Sud de l'Ontario et le désir des francophones du Sud d'être servis dans leur langue? On ne trouve dans le Sud de l'Ontario que deux centres de santé communautaire francophones et six autres organismes de santé désignés en totalité ou en partie en vertu de la LSF.

Le manque de disponibilité et d'accessibilité des services de santé primaires en français est notoire partout dans le Sud de l'Ontario. Voici quelques éléments qui sont ressortis des consultations.

Lacunes :

- Régions insuffisamment desservies dans neuf des douze divisions de recensement retenues aux fins de l'étude
- Problème global d'accès aux services de santé, encore plus criant en français et en région rurale
- Manque de connaissance du système et des ressources disponibles en français

- Absence d'intégration et de coordination des ressources disponibles en français
- Difficultés d'aiguillage vers les services et les ressources en français
- Pénurie de professionnels de la santé, notamment les médecins de famille, les infirmières praticiennes, les infirmières, les orthophonistes et les travailleurs sociaux
- Mauvaise connaissance et mauvaise utilisation des ressources humaines existantes
- Peu de formation professionnelle de base et continue en français
- Difficultés de recrutement et de maintien en poste des professionnels de la santé francophones
- Exode de la relève
- Manque de ressources en français en promotion et en prévention adaptées à la culture
- Manque de services dans les écoles de langue française
- Manque de données précises sur les francophones et les services qu'ils utilisent

Secteurs prioritaires :

- Médecine familiale
- Santé mentale et toxicomanie
- Services aux enfants
- Services aux aînés

Pistes de solution :

- Création de lieux d'accès virtuels ou réels, bâtis à partir des ressources existantes et en partenariat avec les organismes du milieu. Ces lieux devront :
 - * bien connaître les services et les ressources disponibles en français;
 - * être intégrés au système de santé et aux autres structures (éducation, services sociaux, petite enfance);
 - * être adaptés aux besoins locaux;
 - * faciliter la navigation dans le système de santé;
 - * être fondés sur une approche globale à la santé et sur la multidisciplinarité.
- Meilleure planification des ressources humaines
 - * Faciliter l'intégration des professionnels francophones formés à l'extérieur de l'Ontario
 - * Offrir des programmes de formation professionnelle de base et continue en français
 - * Élaborer des stratégies de recrutement provinciales et locales
 - * Améliorer les conditions de travail des professionnels francophones
- Meilleure planification des services de santé
 - * Élaborer des politiques et des programmes
- Participation des francophones à la prise de décisions



*Quatre axes
stratégiques :
les lieux d'accès...
les ressources
humaines...
la promotion et
la prévention...
la planification...
la gestion des
services.*

Recommandations

Les recommandations du Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario s'inscrivent dans les quatre axes stratégiques définis à l'échelle provinciale, soit les lieux d'accès, les ressources humaines, la promotion et la prévention ainsi que la planification et la gestion des services. Ces axes sont les éléments clés du développement et de la mise en œuvre de soins de santé primaires de qualité en français en Ontario.

1. Que le gouvernement élabore les politiques et les mécanismes nécessaires à la mise en œuvre des recommandations formulées ci-dessous et que le gouvernement veille à leur application dans toutes les structures de santé.

Lieux d'accès

2. Que l'on favorise une approche intégrée et intersectorielle aux services de santé en français ainsi que le réseautage des services.
3. Que l'on favorise la création, l'expansion et le maintien de lieux d'accès ou de points d'entrée aux services de santé primaires en français adaptés aux besoins et aux capacités de chaque région, en privilégiant les structures à gouvernance francophone.
4. Que l'on mette sur pied des campagnes de sensibilisation permanentes visant à augmenter la visibilité des services en français dans le système de santé; à informer les francophones de leurs droits, les convaincre de la valeur ajoutée du français et les encourager à demander les services; et à sensibiliser les organismes anglophones ainsi que les professionnels anglophones et francophones à la culture francophone dans toute sa diversité et à l'importance pour les francophones d'être servis dans leur langue.
5. Que l'on favorise la mise sur pied, avec un financement adéquat, de services officiels d'interprétation culturelle et d'accompagnement médical.

Ressources humaines

6. Que l'on procède, de façon continue, à un inventaire des services et des professionnels de la santé et des services sociaux capables d'offrir des services de qualité en français.
7. Que l'on favorise l'élaboration de stratégies de recrutement et de maintien en poste d'intervenants capables d'offrir des services en français de qualité pour répondre aux priorités et aux besoins régionaux.

8. Que l'on favorise l'intégration des professionnels de la santé francophones provenant de l'étranger.
9. Que l'on collabore à l'évaluation des besoins de formation de base et continue en français dans le Sud de l'Ontario et que l'on appuie la mise sur pied de programmes de formation pour répondre à ces besoins.
10. Que l'on encourage le réseautage, par secteur et par profession, des intervenants en santé et en services sociaux en leur offrant des lieux de rencontre virtuels et physiques.
11. Que l'on continue d'appuyer les efforts du Regroupement des intervenants en santé et en services sociaux de l'Ontario (RIFSSSO), du Consortium national de formation en santé (CNFS) et du Bureau des services de santé en français (BSSF) du ministère de la Santé et des Soins de longue durée dans leur travail de sensibilisation auprès des jeunes en ce qui concerne les carrières en santé et en services sociaux.
12. Que l'on fasse connaître les programmes de bourses d'études en santé et en services sociaux auprès des jeunes francophones et que l'on mobilise les communautés francophones pour créer de nouveaux programmes et des stratégies pour inciter les jeunes francophones à retourner dans leur région après leurs études.

Promotion et prévention

13. Que la promotion de la santé et la prévention des maladies deviennent les pierres angulaires de la prise en charge de leur santé par les francophones, qu'elles s'inspirent d'une vision globale de la santé et qu'elles mettent l'accent sur les déterminants de la santé tout en tenant compte des groupes vulnérables.
14. Que l'on prenne les mesures nécessaires pour s'assurer que les bureaux de santé publique élaborent des plans de services et offrent leurs programmes en français, en les adaptant aux populations francophones.

Planification et gestion

15. Que l'on assure la mise sur pied de programmes visant à encourager les francophones à se présenter à des postes au sein des conseils d'administration et des comités de travail des organismes de santé, des associations et des ordres professionnels et des organismes décisionnels comme les RLISS.



16. Que l'on élabore des plans de services de santé en français intégrés qui spécifient des priorités claires, proposent des actions concrètes et définissent des mesures d'imputabilité.
17. Que l'on appuie la tenue des recherches visant à dresser un profil détaillé par RLISS des communautés francophones du Sud de l'Ontario, basé sur des données objectives.

Conclusion

Un point de départ pour les soins de santé primaires en français

Préparer le terrain a permis de dresser un portrait assez détaillé de la situation des *services de santé primaires en français dans le Sud de l'Ontario*. Mais ce n'est que le début de l'aventure visant à améliorer l'accès aux services.

Le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario a déjà commencé les démarches en vue de réaliser certaines des recommandations formulées ici. Il a notamment élaboré un nouveau projet, « Santé primaire en action », qui, s'il reçoit le financement demandé, créera les conditions propices pour augmenter l'accès aux soins et services de santé primaires et améliorer l'état de santé des francophones.

En outre, le Réseau poursuivra ses relations avec les autorités gouvernementales afin qu'ensemble, nous puissions trouver des solutions pour réaliser certaines des recommandations présentées ici. Le Réseau continuera également de travailler avec ses partenaires afin de parfaire nos connaissances sur la santé des francophones en situation minoritaire. Le succès de cette démarche repose sur la volonté de travailler ensemble pour améliorer la santé des francophones du Sud de l'Ontario.

*Ce n'est que
le début
de l'aventure
visant à
améliorer l'accès
aux services.*



Introduction

L'accès aux services de santé en français est une question sur laquelle la communauté francophone de l'Ontario se penche depuis bien longtemps. Depuis l'adoption de la *Loi sur les services en français* (LSF) en 1986, sinon avant, cette question retient également l'attention du gouvernement provincial. Cependant, malgré le cadre créé par la Loi et les progrès accomplis depuis les vingt dernières années, il reste encore de nombreuses améliorations à apporter pour que les francophones en situation minoritaire aient un accès équitable aux services de santé en français. *Préparer le terrain* (PLT) vise à favoriser de telles améliorations dans le Sud de l'Ontario.

Préparer le terrain est une initiative nationale de la Société Santé en français (SSF) financée par Santé Canada dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP). Le projet a pour objectif principal d'appuyer la planification des soins de santé primaires en français dans toutes les régions du Canada, sauf au Québec, afin d'améliorer l'accès à de tels services pour les communautés francophones en situation minoritaire.

L'un des plus importants objectifs concrets de ce projet est de fournir aux décideurs du système de santé ontarien un ensemble de renseignements et d'analyses qui faciliteront la prise de décisions quant aux meilleures façons d'offrir des services de santé de qualité à la population francophone.

Les dix-sept réseaux de santé en français au Canada sont responsables de mener à bien le projet dans leur région. De ces réseaux, quatre se trouvent en Ontario. Le Réseau Francophone de santé du Nord de l'Ontario, le Réseau de santé en français du Moyen-Nord de l'Ontario et le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario sont en place depuis 2003 et le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, depuis 1999.

Ces quatre réseaux ont travaillé en partenariat afin d'assurer la complémentarité de leurs plans. Pour ce faire, ils ont adopté une approche qui comprend une composante commune alliée à une composante propre à chaque réseau. Cette dernière permet de respecter des réalités régionales parfois très différentes. Les réseaux ont aussi travaillé en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD), responsable de la prestation des soins de santé, afin de s'aligner sur les priorités provinciales.

Chaque réseau présente un rapport en deux volumes. Le premier volume, le *Rapport provincial*, présente un portrait global de la situation en Ontario. Le

Introduction

Rapport régional présente les résultats spécifiques de l'étude dans chacune des régions. Le présent document expose la situation dans le Sud de l'Ontario. Les deux volumes forment un tout et le *Rapport provincial* est nécessaire à la compréhension du *Rapport régional*. En outre, les analyses et les recommandations faites dans le *Rapport provincial* découlent principalement des recherches sur le terrain effectuées dans chaque région.

Le présent rapport porte un regard sur la problématique des services de santé en français dans le Sud de l'Ontario. On y trouvera d'abord une courte description du Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario, suivie d'une explication de la méthodologie utilisée. On y verra ensuite un portrait des communautés francophones du Sud ontarien. On y traitera du contexte actuel des services de santé en français et de l'offre des services de santé primaires en français dans cette région. On y fera le bilan des consultations auprès de la communauté, une analyse des résultats et des pistes de solution. À la fin, on présentera des recommandations qui jetteront les bases de plans d'action futurs.

CHAPITRE 1 : Le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario

Le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario œuvre à l'amélioration de l'accès aux services de santé en français dans le Sud de l'Ontario. Né en 2003 d'une initiative de réseautage de la SSF, le Réseau regroupe différents intervenants dans le domaine de la santé et de la francophonie, dont les professionnels de la santé, les établissements de santé, les organismes communautaires francophones, les établissements de formation postsecondaire, les membres de la communauté francophone, les autorités gouvernementales ainsi que d'autres partenaires. Il vise une concertation des forces vives du milieu pour améliorer, en bout de ligne, la santé des francophones.

Le Réseau est un organisme sans but lucratif géré par un conseil d'administration bénévole composé de neuf membres issus de différents milieux et apportant une expertise précieuse au Réseau. À l'heure actuelle, le financement du Réseau et de ses projets provient de Santé Canada par l'entremise de la SSF.

1.1 Son rôle

Le Réseau joue un rôle de leadership et d'appui pour toutes les questions qui touchent la prestation de services de santé en français. Il facilite la mise sur pied d'initiatives locales ou régionales qui amélioreront l'accès aux services de santé en français et qui favoriseront la formation, le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé francophones.

1.2 Sa mission

Assurer à tous les francophones du Sud de l'Ontario l'accès, en français, à des services de santé de qualité.

*Sa mission :
Assurer à tous les
francophones du
Sud de l'Ontario
l'accès, en français,
à des services de
santé de qualité.*

1.3 Ses principaux objectifs

- Être le porte-parole des francophones dans le domaine de la santé auprès des diverses instances gouvernementales et associatives.
- Promouvoir activement les services de santé en français auprès des membres de la communauté, des intervenants et des organismes de santé.
- Favoriser l'engagement communautaire.
- Établir les partenariats nécessaires dans le but d'assurer l'accomplissement de son mandat, notamment en participant à l'évaluation de la situation des services en français, à la détermination des besoins, à la planification des services et à l'élaboration de stratégies de recrutement et de maintien en poste des professionnels de la santé.
- Assurer la mise sur pied d'initiatives francophones pertinentes et appuyer, de diverses façons, des projets à l'échelle locale.

1.4 Son territoire

Le Réseau dessert le Centre et le Sud-Ouest de la province, un vaste territoire qui s'étend de Penetanguishene, au Nord, jusqu'à Welland, au Sud, et de Peterborough, à l'Est, jusqu'à Windsor à l'Ouest.

On compte 174 115 francophones dans cette région, ce qui représente 31,9 % de la population francophone de la province, mais seulement 1,9 % de la population totale du Sud. Dans l'ensemble du Sud, l'assimilation est élevée.

Le Centre a connu, entre 1996 et 2001, une augmentation de la proportion de francophones qui y vivent. On y trouve actuellement le quart de tous les francophones en Ontario. Toronto est l'une des deux principales communautés d'accueil des nouveaux arrivants en Ontario. Par ailleurs, les francophones du Centre de l'Ontario ont un niveau de scolarité plus élevé que la population générale, ce qui se traduit par un taux de chômage plus faible et un revenu plus élevé.

Le Sud-Ouest est caractérisé par une population francophone vieillissante. Près du quart des francophones de la région sont âgés de 65 ans et plus, et près du tiers sont âgés de 45 à 64 ans, comparativement à 14 % et à 23 % respectivement dans la population générale. Par conséquent, le taux de participation des francophones sur le marché du travail y est plus faible qu'ailleurs en Ontario¹.

On présentera plus loin un portrait plus détaillé du territoire couvert par le Réseau.



Chapitre 1 : Le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario

1.1 Son rôle	10
1.2 Sa mission	10
1.3 Ses principaux objectifs	11
1.4 Son territoire	11

¹ Office des affaires francophones, Profil statistique – Les francophones en Ontario – Profil général, 2005, p. 23, [<http://www.ofa.gov.on.ca/docs/stats-general-fr.pdf>].

CHAPITRE 2 : Méthodologie

2.1 Dimensions provinciale et régionale

Les quatre réseaux ontariens œuvrent dans des régions qui connaissent des réalités parfois très différentes sur les plans historique, socio-économique et démographique. Il en va de même pour toutes les questions touchant la santé. Dans le cadre de PLT, chacun des quatre réseaux a eu comme tâche de produire un plan des soins de santé primaires qui reflète les réalités propres à sa région. Cependant, son travail devait aussi s'harmoniser avec le travail des autres réseaux ontariens de façon à permettre l'élaboration d'un plan provincial. Ce plan provincial constitue le premier volume du présent rapport.

Dans cette optique, la démarche de planification comporte deux volets :

- une composante commune, et
- une composante propre à chacun des réseaux.

2.2 Approche régionale

L'élaboration de l'approche méthodologique a représenté une étape importante du projet. Le Réseau du Sud a travaillé en partenariat avec les trois autres réseaux ontariens et l'équipe provinciale afin de mettre au point les éléments communs de l'approche méthodologique.

Le projet comprenait les étapes suivantes :

- la préparation de l'approche méthodologique et du plan de travail;
- les définitions et la mise en contexte;
- les analyses documentaire et statistique;
- le bilan des services de santé primaires en français dans le Sud et la détermination des besoins et des pistes de solution;
- l'élaboration des recommandations;
- le rapport final.

2.3 Mise en œuvre régionale

2.3.1 Comité consultatif régional

Un élément essentiel du projet a été la création d'un comité consultatif régional composé de professionnels du domaine de la santé en français ainsi que de représentants de la communauté dans son ensemble. Le comité reflète la diversité régionale. Il a eu comme tâche de valider les différentes étapes du projet et de s'assurer que le projet tienne compte des réalités du Sud. Il a aussi fait une première validation des recommandations issues du projet.

2.3.2 Plan de travail

Pour faciliter l'application de l'approche méthodologique préconisée, le Réseau du Sud a élaboré un plan de travail détaillé, qui a été modifié en cours de route afin de tenir compte des données recueillies et des contraintes de temps.

*Plus de cent
entrevues
individuelles,
neuf groupes
de discussion.*

2.3.3 Consultation de la communauté

Afin de mieux comprendre les réalités que vivent les francophones des communautés du Sud, l'équipe a mené des entrevues individuelles auprès de 109 intervenants clés et leaders communautaires. Parmi ces personnes, on trouve des professionnels de la santé et des services sociaux, des gestionnaires d'établissements de santé et les consultants régionaux des services de santé en français ainsi que des représentants des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), du système d'éducation, des bureaux de santé publique, du secteur des soins de longue durée et des organismes communautaires provinciaux et régionaux.

L'objectif des entrevues était d'obtenir, à l'aide d'un guide d'entrevue en français et en anglais, les commentaires des intervenants clés sur les enjeux relatifs aux soins de santé primaires en français, y compris :

- les besoins et les lacunes en matière de services de santé primaires en français;
- la capacité des communautés à offrir les services de santé primaires;
- les défis, les obstacles et les questions d'importance liés aux services;
- les changements à apporter pour améliorer le système de soins de santé primaires.

L'équipe a travaillé de très près avec les sept consultants régionaux des services de santé en français du Sud. Étant donné leur contribution tout à fait spéciale à la mise en place des services, l'équipe a élaboré un questionnaire d'entrevue unique à leur intention.

Finalement, l'équipe de recherche a organisé une série de neuf groupes de discussion dans différentes régions du Sud de la province, tant non désignées que désignées. Les rencontres se sont déroulées aux endroits suivants : Hamilton, Toronto, London, Pain Court, Oshawa, Cambridge, Thorold, Mississauga et Penetanguishene. Ils avaient pour but de joindre un plus grand nombre de participants, surtout des utilisateurs de services de santé. Les groupes ont notamment permis de confirmer les résultats des analyses préliminaires des entrevues avec les intervenants clés, dont les enjeux propres aux différentes régions, ainsi que les tendances plus générales et les pistes de solution possibles. Plus de 125 personnes ont participé aux groupes de discussion.

2.3.4 Validation des résultats et des pistes de solution

L'équipe a d'abord analysé les réponses aux entrevues avec les intervenants clés, pour ensuite dresser un portrait global des besoins et des lacunes en matière de soins de santé primaires. Ce portrait a permis de comprendre les principaux enjeux liés à l'accès aux soins de santé primaires à la fois pour l'ensemble du Sud et pour ses différentes régions.

L'équipe a ensuite procédé à un diagnostic de la situation, à la fois régionale et provinciale, ce qui lui a permis de formuler des recommandations préliminaires.



Chapitre 2 : Méthodologie

2.1	Dimensions provinciale et régionale	12
2.2	Approche régionale	12
2.3	Mise en œuvre régionale	12
2.3.1	Comité consultatif régional	12
2.3.2	Plan de travail	12
2.3.3	Consultation de la population	13
2.3.4	Validation des résultats et des pistes de solution	13
2.4	Définitions	14
2.4.1	Soins de santé primaires	14
2.4.2	Francophone	14
2.5	Choix des régions à retenir pour le projet	15

La validation des résultats et des pistes de solution proposées était une étape importante. Ce sont les groupes de discussion qui ont donné un premier son de cloche, par leurs réactions aux résultats des analyses préliminaires des entrevues. Mais c'est le comité régional consultatif qui a fait une analyse détaillée des pistes de solution et des recommandations proposées. Comme dernière étape, il a incombé au conseil d'administration du Réseau de valider et d'approuver les recommandations présentées dans ce rapport.

2.4 Définitions

Les quatre réseaux se sont entendus sur une terminologie commune, dont les deux principaux éléments sont « soins de santé primaires » et « francophone ».

2.4.1 Soins de santé primaires

On peut trouver la définition de « soins de santé primaires » à la page 12 du *Rapport provincial*.

Le champ des soins de santé primaires étant vaste, les réseaux ont retenu les éléments qui suivent aux fins de l'étude :

- cabinets de médecins de famille et de pédiatres;
- centres de santé communautaire (CSC);
- équipes Santé familiale (ESF);
- services de santé publique (soins cliniques);
- centres d'accès aux soins communautaires (soins infirmiers à domicile, dont les soins palliatifs);
- Télésanté Ontario (service provincial).

À cette liste, le Réseau du Sud, avec l'appui du comité consultatif régional, a ajouté les services communautaires de santé mentale et de toxicomanie ainsi que les services offerts dans les écoles et le programme *Bébés en santé, enfants en santé* offerts par les bureaux de santé publique.

2.4.1 Francophone

La définition de francophone retenue par les réseaux englobe à la fois les personnes dont le français est la langue maternelle et celles dont le français est la première langue officielle parlée. On peut trouver la définition complète à la page 12 du *Rapport provincial*.

² Données fournies par l'Office des affaires francophones à partir des données de Statistique Canada, Recensement 2001, Profil 2A.

Les 174 115 francophones du Sud de l'Ontario forment la deuxième plus importante concentration de francophones après la région de l'Est.

2.5 Choix des régions à retenir pour le projet

Les données de Statistique Canada sont présentées selon les « divisions de recensement ». Une « division de recensement » correspond grosso modo à un comté, à une municipalité régionale ou à un district régional. Le territoire du Réseau du Sud comprend 27 divisions de recensement (DDR), où l'on trouve plus de 79 % de la population provinciale et dix des quatorze RLISS. Les 174 115 francophones du Sud de l'Ontario forment la deuxième plus importante concentration de francophones après la région de l'Est.

Étant donné la taille à la fois du territoire et de la population, il a fallu que le Réseau du Sud délimite les régions sur lesquelles porterait ses recherches.

Le Tableau 1 présente la liste des DDR ainsi que le nombre de francophones (langue maternelle) et la proportion de la population totale que représentent les francophones dans chacune de ces divisions.

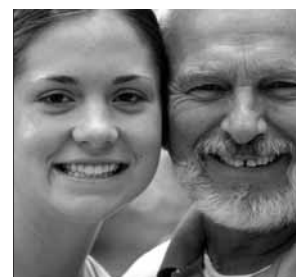


Tableau 1 : Distribution de la population « français langue maternelle » selon la division de recensement et le pourcentage de la population totale²

Division de recensement	RLISS	Population de langue maternelle française	Population totale	Pourcentage de francophones
Comté de Brant	Hamilton Niagara Haldimand Brant	1 425	118 485	1,2
Comté de Bruce	Sud-Ouest	685	63 890	1,1
Division de Chatham-Kent*	Érié St-Clair	3 745	107 710	3,5
Comté de Dufferin	Centre-Ouest	660	51 015	1,3
Municipalité régionale de Durham	Centre-Est	10 555	506 905	2,1
Comté d'Elgin	Sud-Ouest	865	81 550	1,1
Comté d'Essex*	Érié St-Clair	16 760	374 975	4,5
Comté de Grey	Sud-Ouest, Waterloo Wellington, Simcoe Nord Muskoka	815	89 070	0,9
Municipalité régionale de Haldimand-Norfolk	Sud-Ouest, Hamilton Niagara Haldimand Brant	1 125	104 670,1	
Comté de Haliburton	Centre-Est	145	15 085	1,0
Municipalité régionale de Halton	Hamilton Niagara Haldimand Brant, Mississauga Halton	8 475	375 230	2,3
Division de Hamilton*	Hamilton Niagara Haldimand Brant	8 075	490 270	1,6
Comté de Huron	Sud-Ouest	475	59 705	0,8
Kawartha Lakes	Centre-Ouest	740	69 175	1,1
Comté de Lambton	Érié St-Clair	3 180	126 970	2,5
Comté de Middlesex*	Sud-Ouest	6 215	403 185	1,5
Municipalité régionale de Niagara*	Hamilton Niagara Haldimand Brant	15 630	410 570	3,8
Comté de Northumberland	Centre-Est, Sud-Est	1 040	77 495	1,3
Comté d'Oxford	Sud-Ouest	1 125	99 270	1,1
Municipalité régionale de Peel*	Centre-Ouest, Mississauga Halton	16 515	988 950	1,7
Comté de Perth	Sud-Ouest	465	73 675	0,6
Comté de Peterborough	Centre-Est	1 565	128 855	1,2
Comté de Simcoe*	Centre, Simcoe Nord Muskoka	11 175	377 050	3,0
Division de Toronto*	Centre-Ouest, Mississauga Halton, Centre-Toronto, Centre, Centre-Est	42 780	2 481 495	1,7
Municipalité régionale de Waterloo	Waterloo Wellington	6 840	438 515	1,6
Comté de Wellington	Waterloo Wellington	2 820	187 315	1,5
Municipalité régionale de York	Centre-Ouest, Centre	10 220	729 255	1,4
Total		174 115	9 027 330	1,9

* Région désignée en totalité ou en partie en vertu de la *Loi sur les services en français*

Chapitre 2 : Méthodologie

2.1 Dimensions provinciale et régionale	12
2.2 Approche régionale	12
2.3 Mise en œuvre régionale	12
2.3.1 Comité consultatif régional	12
2.3.2 Plan de travail	12
2.3.3 Consultation de la population	13
2.3.4 Validation des résultats et des pistes de solution	13
2.4 Définitions	14
2.4.1 Soins de santé primaires	14
2.4.2 Francophone	14
2.5 Choix des régions à retenir pour le projet	15

Le Réseau a choisi de concentrer ses efforts sur les douze DDR suivantes (en ordre alphabétique) : la division de Chatham-Kent, la municipalité régionale de Durham, le comté d'Essex, la municipalité régionale de Halton, la division de Hamilton, le comté de Middlesex, la municipalité régionale de Niagara, la municipalité régionale de Peel, le comté de Simcoe, la division de Toronto, la municipalité régionale de Waterloo et la municipalité régionale de York.

Dans ces douze divisions, on trouve 156 985 francophones ou 90,2 % de la population francophone totale de la région ainsi que toutes les régions désignées du Sud ontarien. On y trouve également les dix RLISS du Sud : Érié St-Clair, Sud-Ouest, Waterloo Wellington, Hamilton Niagara Haldimand Brant, Centre-Ouest, Mississauga Halton, Centre-Toronto, Centre, Centre-Est et Simcoe Nord Muskoka.

CHAPITRE 3 : Analyse du contexte

3.1 Profil des communautés du Sud de l'Ontario

Des études ont montré que « l'apport de la médecine et des soins de santé [à la santé des populations] est assez limité » et que [parmi] « les principaux facteurs qui influencent la santé de la population sont le niveau de revenu et la situation sociale, les réseaux de soutien social, le niveau d'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'environnement social et physique [...] et la culture »³. Il est donc important de faire le lien entre certaines données démographiques et les déterminants de la santé.

Le Sud de l'Ontario est une région de contrastes, marquée par la diversité et l'urbanisation. Même si les 174 115 francophones du Sud forment la deuxième plus importante concentration de francophones après la région de l'Est, cette population ne constitue que 1,9 % de la population régionale totale⁴. Par ailleurs, de plus en plus de ces francophones se trouvent dans des régions qui ne sont pas désignées en vertu de la LSF. Près de 43 % des francophones habitent des régions non désignées. Cette situation de minorisation extrême – jumelée à d'autres problématiques comme la pénurie de ressources humaines, les répercussions de la transformation du système de santé et l'assimilation – pose tout un défi quand il s'agit d'améliorer l'accès aux services de santé en français.

Le territoire du Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario se divise facilement en deux régions, celle du Centre et celle du Sud-Ouest, dont les caractéristiques sont assez différentes. Cette division sera reflétée dans les analyses qui suivent.

³ Agence de santé publique du Canada, « Qu'est-ce qui détermine la santé », février 2004, [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/determinants/determinants.html>].

⁴ Les données statistiques présentées dans cette section sont tirées principalement de la banque de données Portrait des communautés de langue officielle au Canada – Recensement 2001, disponible sur cédérom chez Statistique Canada.

Il est important de faire le lien entre certaines données démographiques et les déterminants de la santé.



Dans le Centre, on trouve les 17 DDR suivantes : le comté de Brant; le comté de Dufferin; le comté de Haliburton; le comté de Northumberland; le comté de Peterborough; le comté de Simcoe; le comté de Wellington; la division de Hamilton; la division de Kawartha Lakes; la division de Toronto; la municipalité régionale de Durham; la municipalité régionale de Haldimand-Norfolk; la municipalité régionale de Halton; la municipalité régionale de Niagara; la municipalité régionale de Peel; la municipalité régionale de York et la municipalité régionale de Waterloo. Parmi ces 17 divisions, Simcoe, Hamilton, Toronto, Durham, Halton, Niagara, Peel, York et Waterloo figureront dans l'étude.

Dans le Sud-Ouest, on trouve les dix DDR suivantes : le comté de Bruce; le comté d'Essex; le comté d'Elgin; le comté de Grey; le comté de Huron; le comté de Lambton; le comté de Middlesex; le comté d'Oxford; le comté de Perth et la division de Chatham-Kent. On note toutefois que seules les divisions d'Essex, de Middlesex et de Chatham-Kent ont fait l'objet de l'étude.

3.1.1 Centre

Plus de 138 000 francophones habitent le Centre. La plus grande concentration se trouve dans le Grand Toronto, tant pour la population qui a le français comme langue maternelle que pour celle qui l'a comme première langue officielle parlée, avec de plus petits bassins dans les régions de Hamilton, de Simcoe et de Niagara.

La majorité (60 %) des francophones appartenant à une minorité raciale est concentrée dans le Centre de l'Ontario, où plus d'un francophone sur cinq appartient à une minorité raciale. Trois francophones sur cinq de la région centrale sont nés à l'extérieur de la province et près du tiers est né au Québec. Les francophones du Centre de l'Ontario se tirent très bien d'affaire par rapport à la population générale de la région. La proportion de francophones ayant une formation postsecondaire est plus élevée que celle de la population générale. Dix-neuf pour cent des francophones de cette région détiennent un baccalauréat.

Le taux de chômage des francophones est plus faible que celui de la population générale, alors que le taux de participation au marché du travail des francophones y est plus élevé. De plus, le revenu d'emploi moyen et le revenu total moyen des francophones de la région sont substantiellement plus élevés que ceux de la population générale. Étant donné le niveau de scolarité plus élevé dans le Centre, il n'est pas étonnant que le revenu d'emploi moyen et le revenu total moyen des francophones y soient plus élevés que dans les autres régions⁵.

⁵. Office des affaires francophones, Profil statistique – Les francophones en Ontario – Profil général, 2005, p. 22, [<http://www.ofa.gov.on.ca/docs/stats-general-fr.pdf>].

Chapitre 3 : Analyse du contexte

3.1 Profil des communautés du Sud de l'Ontario ..16
3.1.1 Centre17
3.1.2 Sud-Ouest22
3.2 État de santé des francophones de l'Ontario24
3.3 Contexte des services de santé en français dans le Sud25

C'est dans le Centre que l'on trouve le plus grand nombre de francophones appartenant à une minorité visible.

Âge

De façon générale, ce sont dans les centres urbains où l'on trouve les plus grandes concentrations de jeunes francophones. Les municipalités régionales de York et de Peel comptent les pourcentages les plus élevés de francophones âgés de 14 ans et moins (langue maternelle et première langue officielle parlée) tandis que Toronto, suivi des municipalités régionales de Waterloo et de Peel, comptent ceux de jeunes francophones âgés de 15 à 29 ans.

Les régions plus éloignées de Toronto avec des bassins de francophones plus restreints ont des populations plus vieillissantes. Par exemple, ce sont dans les régions de Hamilton, de Simcoe et de Niagara que l'on trouve les plus fortes proportions de francophones âgés de 55 ans et plus. C'est un phénomène qui aura un impact sur les besoins en matière de soins de santé primaires, un phénomène qui rend d'autant plus impératif l'accès à ces services en français.

Identité et mobilité

C'est dans le Centre que l'on trouve le plus grand nombre de francophones appartenant à une minorité visible. Ils sont concentrés surtout à Toronto et dans les régions avoisinantes. Par exemple, parmi les 61 585 habitants de Toronto qui ont le français comme première langue officielle parlée, 20 455 personnes ou 33,21 % ont déclaré appartenir à une minorité visible. Après Toronto, ce sont les municipalités régionales de York et de Peel ainsi que la division de Hamilton qui accueillent les pourcentages les plus élevés de personnes appartenant à une minorité visible.

Selon l'Office des affaires francophones :

[...] près des trois quarts des minorités raciales francophones sont nées à l'extérieur du pays et ce, comparé à 6,8 % dans la population francophone et 27,9 % au sein de la population totale ontarienne. [...] Le niveau de scolarité des minorités raciales francophones est nettement plus élevé que celui des francophones en général, des minorités raciales et de l'ensemble de la population ontarienne. Le taux de chômage des minorités raciales francophones est nettement plus élevé que celui des francophones et de l'ensemble des minorités raciales de la province. Le revenu d'emploi des minorités raciales francophones est plus faible que celui des francophones dans la population générale. La proportion de francophones membres d'une minorité raciale vivant sous le seuil de faible revenu est plus de deux fois plus élevée que celle observée chez les francophones. Elle est également plus élevée que la proportion pour l'ensemble des minorités raciales de la province⁶.

Outre le niveau de scolarité élevé, ce sont autant de facteurs susceptibles d'avoir un impact négatif sur l'état de santé des minorités visibles francophones.

Comme l'indique la citation précédente, l'immigration est un facteur important dans le Centre de l'Ontario.

⁶ Office des affaires francophones, Profil statistique – Les minorités raciales francophones en Ontario, septembre 2005, p. 5, [<http://www.ofa.gov.on.ca/docs/stats-minorites.pdf>].

Par ailleurs, le Centre de l'Ontario, en particulier Toronto, connaît le plus fort taux de mobilité chez les francophones de la province.

Scolarité

Le niveau de scolarité joue aussi un rôle important dans la santé des personnes. Selon l'Agence de santé publique du Canada :

la qualité de la santé et la durée de vie d'une personne augmentent conjointement avec son niveau d'éducation. Par exemple :

- *Les femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé ont plus de chance d'avoir des bébés de poids normal (Institut canadien de la santé infantile, *Grossesse et naissance en santé*). [...]*
- *Une enquête sur la santé de la population canadienne effectuée en 1996-97 a trouvé que deux fois plus d'universitaires canadiens par rapport à ceux qui ont fait seulement des études primaires avaient une santé excellente (30 pour cent par rapport à 19 pour cent) [...]*⁷.

L'alphabétisation a également un impact sur la santé des individus⁸. Diverses études ont démontré « qu'un faible niveau de capacités de lecture a des effets négatifs importants sur la santé. [...] Quelle que soit la façon dont on définit ou on mesure la santé, les personnes faiblement alphabétisées sont en moins bonne santé que celles qui possèdent des capacités de lecture supérieures. [...] »⁹

Dans l'ensemble, les francophones du Centre ont un niveau de scolarité assez élevé. Par exemple, sauf dans les régions de Niagara et de Simcoe, la proportion de francophones ayant fait des études postsecondaires dépasse celle de la population générale¹⁰. Ce phénomène est le plus frappant à Toronto, où plus de 65 % des francophones (première langue officielle parlée) ont fait des études postsecondaires, puis dans les municipalités régionales de York (63 %), de Halton (58 %), de Peel (57 %), de Durham (47 %), de Waterloo (46 %) et de Hamilton (42 %). Par contre, dans les régions de Niagara et de Simcoe, seulement 32 % et 38 % des francophones respectivement ont poursuivi des études postsecondaires.

Malgré tout, la proportion de la population qui a un niveau inférieur à la 9^e année demeure élevée avec 9,5 % comparativement à 8,2 % chez la population générale. Historiquement, une proportion plus élevée de la population francophone que de la population générale n'a pas fait d'études secondaires – 11,9 %



Chapitre 3 : Analyse du contexte

3.1 Profil des communautés du Sud de l'Ontario	16
3.1.1 Centre	17
3.1.2 Sud-Ouest	22
3.2 État de santé des francophones de l'Ontario	24
3.3 Contexte des services de santé en français dans le Sud	25

⁷. Agence de santé publique du Canada, « Quel est l'effet de l'éducation sur la santé? », septembre 2004, [<http://www.canadian-health-network.ca/servlet/ContentServer?cid=1005925&pagename=CHN-RCS%2FCHNResource%2FFAQCHNResourceTemplate&c=CHNResource&lang=Fr>].

⁸. Agence de santé publique du Canada, « Qu'est-ce qui détermine la santé », février 2004, [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/determinants/determinants.html#education>].

⁹. Agence de santé publique du Canada, Effets du niveau d'alphabétisme sur la santé des Canadiens et des Canadiennes, Étude de profil, préparée par Burt Perrin, Burt Perrin Associates, 1998, [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/alphabetisme/literacyfr2.html#3>].

¹⁰. Office des affaires francophones, Profil statistique – Les francophones en Ontario – Profil général, 2005, p. 12-13, [<http://www.ofa.gov.on.ca/docs/stats-general-fr.pdf>].

comparativement à 8,1 % selon les données du recensement de 2001. Or, un niveau de scolarité inférieur à la 9^e année est l'un des facteurs d'analyse de l'analphabétisme dans une population donnée¹¹. Encore une fois, ce sont les régions de Niagara et de Simcoe qui se démarquent à ce propos.

La proportion relativement importante de francophones n'ayant pas obtenu un diplôme d'études secondaires pourrait avoir des conséquences sur les services de santé primaires, entre autres, sur la prestation des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies.

État matrimonial

Un autre des principaux déterminants de la santé est le soutien social. D'après l'Agence de santé publique du Canada :

on associe l'appui reçu de la famille, des amis et de la collectivité à une meilleure santé. De tels réseaux de soutien social pourraient se révéler très importants pour aider les gens à résoudre les problèmes et à faire face à l'adversité, ainsi que pour nourrir le sentiment d'être maîtres ou d'avoir une influence sur ses (sic) conditions de vie. L'entraide et le respect qui se manifestent dans les relations sociales, le sentiment de satisfaction et de bien-être qui en découle semblent constituer un coussin protecteur contre les problèmes de santé.¹²

Un indice important du soutien social auquel a accès un individu est l'état matrimonial. Dans toutes les DDR retenues, à l'exception de Toronto, on dénote entre 45 % et 53 % des francophones qui sont légalement mariés ainsi qu'une forte minorité de personnes qui ne l'ont jamais été, soit entre 28 % et 34 %. Par contre, la situation est assez différente à Toronto, où seulement 34 % des personnes de langue maternelle française et 39 % de celles qui ont le français comme première langue officielle parlée sont légalement mariées. Ces données indiquent un manque potentiel d'appui social.

Exogamie et conservation de la langue

Un autre facteur important souvent lié à l'état matrimonial est celui de la conservation de la langue. On mesure le taux de conservation de la langue maternelle à partir de la langue parlée à la maison des personnes ayant le français comme langue maternelle. À l'échelle provinciale, le français est la langue la plus souvent utilisée à la maison chez 56,5 % des francophones. Dans le Centre de la province, par contre, le taux de conservation de la langue est de 33 %, une baisse par rapport aux données de 1996 (34,3 %)¹³.

L'un des éléments expliquant la baisse de conservation du français est le nombre d'unions exogames. La proportion des unions exogames augmente

¹¹. *Ibid.*, p. 11.

¹². Agence de santé publique du Canada, La santé de la population, Qu'est-ce qui détermine la santé, Prémisses et données probantes, février 2004, [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/determinants/determinants.html#evidence>].

¹³. Office des affaires francophones, Profil statistique – Les Francophones en Ontario, 1999, p. 10, [<http://www.ofa.gov.on.ca/docs/overv-f.pdf>] et Profil statistique – Les francophones en Ontario – Profil général, 2005, p. 9-10, (<http://www.ofa.gov.on.ca/docs/stats-general-fr.pdf>).

La proportion relativement importante de francophones n'ayant pas obtenu un diplôme d'études secondaires pourrait avoir des conséquences sur les services de santé primaires.

partout dans la province, particulièrement dans le Centre. D'après les statistiques de 2001, parmi les familles avec enfants composées d'au moins un partenaire francophone, 81,5 % étaient exogames. On constate que lorsque le français est la langue maternelle des deux parents, la grande majorité des enfants conserve le français (91,7 %). Lorsque seule la mère déclare le français comme langue maternelle, 34,2 % des enfants conservent le français alors que lorsque seul le père a le français comme langue maternelle, cette proportion chute à 14,6 %¹⁴.

On voit donc que l'exogamie est un facteur lourd de conséquences pour l'avenir du français dans le Centre de la province. En regardant les résultats des consultations communautaires, on constate également que toute la question du sentiment d'appartenance et de la fierté associée à la langue et à la culture est problématique. D'ailleurs, comme on le fait remarquer dans le *Deuxième Rapport sur l'état de santé des francophones*, le sentiment d'appartenance influe sur la santé.

Revenu

L'Agence de santé publique du Canada considère le revenu comme l'un des deux déterminants de la santé les plus importants. L'état de la santé s'améliore à chaque étape de l'échelle des revenus et du statut social. Parmi les éléments probants que l'Agence cite à l'appui de cette hypothèse, on note les suivants :

- *Dans la fourchette des revenus les plus faibles, seulement 47 % des Canadiens disent avoir une santé très bonne ou excellente, alors qu'ils sont 73 % dans le groupe aux revenus les plus élevés. [...]*
- *Des études montrent que la répartition des revenus dans une société peut être un déterminant beaucoup plus important de la santé que le total des revenus gagnés par les membres de la société. Les écarts importants dans la répartition des revenus accroissent les problèmes sociaux et contribuent à une moins bonne santé dans l'ensemble de la population¹⁵.*

La structure des revenus dans la région du Centre est relativement semblable d'une division de recensement à l'autre. Plus de 60 % des francophones de 15 ans et plus ont un revenu total supérieur à 20 000 \$. La plupart gagnent entre 20 000 \$ et 49 999 \$. Cependant, c'est dans la région de Niagara que l'on trouve la proportion la plus élevée de francophones avec un revenu inférieur à 20 000 \$, suivi des régions de Simcoe et de Hamilton. Dans ces trois régions, plus de 40 % de la population francophone a un revenu inférieur à 20 000 \$.

¹⁴. *Ibid.*

¹⁵. Agence de santé publique du Canada, *La santé de la population, Qu'est-ce qui détermine la santé, Prémisses et données probantes, février 2004*, [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/determinants/determinants.html#evidence>].



Chapitre 3 : Analyse du contexte

3.1 Profil des communautés du Sud de l'Ontario ..	16
3.1.1 Centre	17
3.2.2 Sud-Ouest	22
3.2 État de santé des francophones de l'Ontario	24
3.3 Contexte des services de santé en français dans le Sud	25

Le Sud-Ouest est caractérisé par une population francophone vieillissante.

Marché du travail

L'emploi a un effet marqué sur la santé physique, mentale et sociale. Le travail rémunéré permet non seulement de gagner de l'argent, mais il donne aussi un sentiment d'identité et d'utilité, permet d'avoir des contacts sociaux et des possibilités de croissance personnelle. Les chômeurs ont une espérance de vie moins longue et ont nettement plus de problèmes de santé que les personnes qui ont un emploi.

Une importante étude réalisée pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a également permis de constater que les niveaux élevés de chômage et d'instabilité économique dans une société sont à l'origine de problèmes de santé mentale importants et d'effets néfastes sur la santé physique des personnes au chômage, de leurs familles et de leurs collectivités¹⁶.

De façon générale, le taux d'activité des francophones est plus élevé que celui de la population générale dans le Centre (69,3 % contre 68,1 %) ¹⁷. Le taux de chômage est semblable à celui de la population générale (5,7 % contre 5,8 %) ¹⁸. Par contre, la proportion de personnes inactives est plus élevée dans les régions de Niagara (40,6 %, de Hamilton (37,23 %) et de Simcoe (36,34 %).

3.1.2 Sud-Ouest

Les quelque 35 000 francophones du Sud-Ouest représentent moins de 3 % de la population totale de la région. Par contre, ils représentent 6,3 % de la population de langue maternelle française de la province. Les principaux bassins de population francophone se trouvent dans les comtés d'Essex et de Middlesex et la division de Chatham-Kent avec une plus petite concentration dans le comté de Lambton.

Le Sud-Ouest est caractérisé par une population francophone vieillissante. Près d'un francophone sur quatre de la région est âgé de 65 ans et plus, et ce comparativement à 14 % chez la population générale. On y trouve par conséquent un taux de participation des francophones au marché du travail plus faible qu'ailleurs en Ontario¹⁹.

Âge

Comme on l'a indiqué précédemment, l'existence d'une population vieillissante est lourde de conséquences pour le système de santé, entre autres, au chapitre de la gestion des maladies chroniques. Dans le Sud-Ouest, la majeure partie des francophones appartient au groupe des 30 à 64 ans. Toutefois, la région du Sud-Ouest comprend aussi une importante population francophone vieillissante. Dans les régions de Chatham-Kent et d'Essex, par exemple, la catégorie des 65 ans et plus est plus nombreuse que celle des 29

¹⁶. *Ibid.*

¹⁷. *Office des affaires francophones, Profil statistique – Les francophones en Ontario – Profil général, 2005, p. 14, [http://www.ofa.gov.on.ca/docs/stats-general-fr.pdf].*

¹⁸. *Ibid.*

¹⁹. *Ibid., p. 23.*

ans et moins. Le comté de Middlesex, par contre, se démarque par sa population plus grande dans les groupes des 29 ans et moins et des 30 à 54 ans ainsi que par la proportion plus faible de sa population qui a 65 ans et plus. De ce fait, la région de Middlesex ressemble plus aux régions du Centre.

Identité

C'est dans le Sud-Ouest que l'on trouve la plus grande proportion de minorités visibles francophones après le Centre et l'Est. Ils se trouvent en plus grand nombre dans les comtés d'Essex et de Middlesex. Comme leurs homologues du Centre, les francophones appartenant à une minorité visible du Sud-Ouest sont plus scolarisés que la population francophone en générale. Par contre, le taux d'activité des minorités raciales francophones est plus faible (61,6 %) dans le Sud-Ouest qu'ailleurs en Ontario et aussi plus faible que celui de la population francophone générale. Comme leurs homologues de la région centrale, les minorités raciales francophones du Sud-Ouest ont un taux de chômage plus élevé (16,8 % contre 4,9 %) ²⁰ et un revenu total inférieur comparativement à la population francophone générale de la région ²¹. Comme on l'a expliqué plus haut, ces facteurs ont des répercussions négatives sur la santé de la personne et de sa famille.

Scolarité

On sait bien que le niveau de scolarité est un déterminant de la santé important. Or, on constate dans les DDR retenues aux fins de l'étude, une proportion plus élevée de francophones du Sud-Ouest qui n'ont pas atteint la 9^e année (15,3 % comparativement à 8,4 % chez la population générale). Les pourcentages se comparent à ceux des régions de Niagara et de Simcoe dans le Centre. On note également un nombre moins élevé de francophones qui ont fait des études postsecondaires, exception faite du comté de Middlesex.

État matrimonial

On a déjà parlé de l'importance du soutien social, dont l'appui de la famille, comme déterminant de la santé. Dans le Sud-Ouest de la province, entre 47 % et 55 % de la population est légalement mariée. Il y a aussi une forte minorité de gens qui n'ont jamais été légalement mariés, mais moins forte que dans certaines régions du Centre.

Exogamie et conservation de la langue

Comme on l'a déjà mentionné, un autre facteur important souvent lié à l'état matrimonial est celui de la conservation de la langue. Dans le Sud-Ouest, le taux de conservation de la langue est de seulement 26,9 %, le taux le plus faible de toute la province et une baisse par rapport aux données de 1996 (29,6 %) ²².

²⁰. Office des affaires francophones, Profil statistique – Les minorités raciales francophones en Ontario, septembre 2005, p.15-16, [<http://www.ofa.gov.on.ca/docs/stats-minorites.pdf>].

²¹. Ibid., p. 21.

²². Office des affaires francophones, Profil statistique – Les Francophones en Ontario, 1999, p. 10, [<http://www.ofa.gov.on.ca/docs/overv-f.pdf>] et Profil statistique – Les francophones en Ontario – Profil général, 2005, p. 9-10, [<http://www.ofa.gov.on.ca/docs/stats-general-fr.pdf>].



Chapitre 3 : Analyse du contexte

3.1 Profil des communautés du Sud de l'Ontario ..16
3.1.1 Centre17
3.1.2 Sud-Ouest22
3.2 État de santé des francophones de l'Ontario24
3.3 Contexte des services de santé en français dans le Sud25

On dénote dans le Sud-Ouest la proportion la plus élevée d'unions exogames, soit 82,2 %. C'est sans doute l'un des éléments expliquant la baisse du taux de conservation du français dans la région²³.

Revenu

La structure du revenu total des francophones de 15 ans et plus est relativement semblable dans les différents comtés et divisions du Sud-Ouest. En général, on trouve un nombre plus élevé de francophones ayant un revenu total entre 10 000 \$ et 19 999 \$ comparativement à ceux dont le revenu varie entre 19 999 \$ et 34 999 \$. Dans le comté d'Essex, 3 295 francophones gagnent entre 10 000 \$ et 19 999 \$ comparativement à 2 635 qui gagnent entre 20 000 \$ et 34 999 \$.

Dans le comté de Middlesex, on compte un pourcentage un peu plus élevé de francophones de 15 ans et plus dont le revenu total varie entre 20 000 \$ et 34 999 \$. Le pourcentage de francophones gagnant un revenu entre 35 000 \$ et 49 999 \$ y est aussi supérieur.

Marché du travail

L'aspect le plus marquant du taux d'activité de la population francophone du Sud-Ouest est la proportion très élevée de personnes inactives sur le marché du travail, soit le taux le plus faible d'activité de la province – 56,8 % comparativement à 66,7 % pour la population générale de cette région. Cette constatation va de pair avec le nombre élevé de personnes âgées de 55 ans et plus dans la région. Par contre, le taux de chômage est relativement bas.

3.2 État de santé des francophones de l'Ontario

On dispose de relativement peu de données sur l'état de santé de la population francophone du Sud de l'Ontario. Cependant, on commence à explorer cette problématique par le biais de certaines recherches.

Publié en 2005, le *Deuxième Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario* brosse un tableau de l'état de santé des francophones en utilisant l'approche des déterminants de la santé, basé principalement sur l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2001-2002*²⁴. Le rapport a pour la première fois examiné comme déterminant le sentiment d'appartenance à la communauté. La recherche a montré un lien positif entre la santé et le sentiment d'appartenance. Les francophones du Sud sont proportionnellement plus nombreux que les non-francophones du Sud et que les autres francophones de la province à déclarer un sentiment d'appartenance « faible ». C'est une constatation qui est également ressortie pendant les consultations communautaires.

Les francophones ont généralement une perception de leur santé qui est moins bonne que celle des anglophones. Néanmoins, les francophones du

23. *Ibid.*

24. L. Picard, et al, Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario, 2005.

On dénote dans le Sud-Ouest de l'Ontario la proportion la plus élevée d'unions exogames, soit 82,2 %.

Centre sont plus portés à percevoir leur état de santé comme étant « très bon ou excellent » que ceux des autres régions. Cette perception moins bonne est confirmée par l'indice de santé, une mesure objective de l'état de santé. Sur cet indice, une proportion plus faible de francophones du Sud obtient le score de « très bon ou excellent » comparativement aux non-francophones. Par contre, plus de la moitié des francophones affirme avoir fait « quelque chose » pour améliorer leur santé, particulièrement de l'exercice, du sport ou de l'activité physique. La seule exception est le Sud-Ouest, où les francophones sont proportionnellement moins nombreux à avoir pris une action pour améliorer leur santé. On constate chez les francophones du Sud un plus grand besoin d'aide avec les activités quotidiennes que chez les non-francophones de cette région.

Chez les francophones, comme chez les non-francophones, le taux de maladies chroniques et de blessures graves augmentent généralement avec le vieillissement et diminuent avec l'augmentation du revenu. Dans l'ensemble du Sud, les francophones sont plus sujets aux maladies cardiovasculaires que les non-francophones tandis que dans le Sud-Ouest, une proportion plus grande de francophones a reçu un diagnostic d'asthme.

Depuis le premier rapport sur l'état de santé des francophones de l'Ontario (2000), on remarque chez les francophones comme chez les non-francophones une hausse des taux de consultations professionnelles, de dépression et de stress au travail. Cependant, la même proportion de francophones que de non-francophones indique une latitude élevée de décision au travail. Cette proportion est plus élevée dans le Sud en général et surtout dans le Centre. Les résultats indiquent aussi que la situation de santé des femmes francophones est moins bonne que celle des hommes francophones : elles consultent davantage, ont un taux de dépression plus élevé et évaluent leur stress au travail à un niveau plus élevé.

Sur le plan des comportements de santé, les francophones sont plus nombreux que les non-francophones du Sud à avoir fumé, à avoir été exposés à la fumée secondaire et à avoir consommé de l'alcool. Par contre, les femmes francophones du Sud sont plus nombreuses que leurs consœurs non-francophones à avoir subi des tests de dépistage. Ce sont des constatations intéressantes du point de vue des programmes de promotion de la santé.

3.3 Contexte des services de santé en français dans le Sud

Le cadre de l'offre des services de santé en français en Ontario est défini d'abord par la *Loi sur les services en français*. Comme il est expliqué dans le *Rapport provincial*, la Loi permet la désignation d'organismes de santé pour offrir des services en français dans les 25 régions désignées de la province. Pour cette raison, dans sa mise en œuvre de la Loi, le MSSLD s'est concentré sur le secteur des établissements.

Le Ministère a confié la tâche aux conseils régionaux de santé (CRS) d'« identifier » des établissements de santé (hôpitaux, établissements de soins



Chapitre 3 : Analyse du contexte

3.1 Profil des communautés du Sud de l'Ontario . . .	16
3.1.1 Centre	17
3.2.2 Sud-Ouest	22
3.2 État de santé des francophones de l'Ontario	24
3.3 Contexte des services de santé en français dans le Sud	25

*La prestation
des services
de santé
en français
demeure
sporadique.*

de longue durée, centres de santé communautaire) pour offrir des services en français et d'établir des plans régionaux de mise en œuvre. Dans le Sud, les CRS ont « identifié » quelque 172 organismes et programmes pour offrir des services en français. Toutefois, la mise en œuvre des services en français par les organismes reste volontaire et les progrès varient beaucoup d'une région à l'autre. À ce jour, seulement neuf des organismes « identifiés » du Sud ont obtenu une désignation totale ou partielle.

Pour les aider dans leur travail, la plupart des CRS avaient mis sur pied des comités consultatifs des services de santé en français. Par ailleurs, le MSSLD a constitué une équipe de consultants régionaux des services de santé en français pour appuyer les CRS et outiller les organismes « identifiés » à mettre en œuvre les services de santé en français.

Malgré l'appui offert aux organismes par les consultants régionaux des services de santé en français, la prestation des services de santé en français demeure sporadique. Les obstacles sont nombreux : difficulté à recruter des professionnels de la santé et des services sociaux capables d'offrir des services en français, manque d'engagement de la part de la haute direction et du conseil d'administration des organismes, difficulté à répondre à toutes les exigences de la désignation et manque d'intérêt pour la désignation.

Par ailleurs, une grande partie des soins de santé primaires échappe à la Loi. Tous les professionnels de la santé en pratique privée, par exemple, ne sont pas assujettis à la Loi. Il faut donc regarder ailleurs pour trouver des solutions à la problématique de l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires en français.

Comme il est indiqué dans le *Rapport provincial*, tout le contexte des services de santé en Ontario est en évolution. Le gouvernement a dissous en 2005 les CRS et les a remplacés par les RLISS. Dorénavant, les RLISS seront responsables de tous les aspects de la prestation des services de santé à l'échelle locale. C'est donc à eux que reviendra la tâche de planifier les services de santé en français et d'engager la communauté francophone dans cette planification. Le rôle des consultants régionaux évolue également. Ils seront appelés à travailler de près avec les RLISS comme avec la communauté.

CHAPITRE 4 : Résultats

4.1 Bilan des services

La première étape a été de faire l'inventaire des soins de santé primaires dans les douze régions retenues aux fins de l'étude et ce, à partir de données secondaires (listes d'organismes, Internet, etc.). Donc, la plupart des données touchent les DDR de Chatham-Kent, de Durham, d'Essex, de Halton, de Hamilton, de Middlesex, de Niagara, de Peel, de Toronto, de Simcoe, de Waterloo et de York. Quelques données sur d'autres régions sont également présentées.

Tel qu'il est indiqué à la page 14, l'étude dans le Sud a porté sur les services suivants :

- cabinets de médecins de famille et de pédiatres;
- centres de santé communautaire (CSC);
- équipes Santé familiale (ESF);
- services de santé publique (soins cliniques, services offerts dans les écoles et le programme *Bébés en santé, enfants en santé*);
- centres d'accès aux soins communautaires (soins infirmiers à domicile, dont les soins palliatifs);
- services de santé mentale et de toxicomanie;
- Télésanté Ontario.

Cet inventaire se veut simplement un premier regard sur les services de soins de santé primaires offerts dans certaines régions du Sud. Il ne s'agit que d'une analyse préliminaire de l'offre des services en français par les organismes répertoriés. Il sera important de pousser les recherches, notamment dans le cadre du projet *Portail franco-santé du Sud*.

4.1.1 Cabinets de médecin de famille

Pour la majorité des personnes, la porte d'entrée au système de santé est le médecin de famille en pratique privée. L'équipe de recherche a donc répertorié, à partir du site de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario²⁵, les médecins qui ont indiqué le français comme l'une de leurs langues de service dans les principales villes du Sud. Les données recueillies sont résumées au tableau suivant. Beaucoup de ces villes sont considérées par le MSSLD comme régions insuffisamment desservies²⁶. Le tableau indique aussi le nombre de postes de médecin de famille vacants dans certaines villes.

Il faut interpréter les données de façon prudente. Très peu de ces médecins acceptent de nouveaux patients. Leurs compétences linguistiques n'ont pas fait l'objet d'une évaluation objective, donc on ne connaît pas la qualité des services. Et même si, dans certaines régions, un calcul brut semblerait indiquer

²⁵. The College of Physicians and Surgeons of Ontario, Doctor Search, [http://www.cpso.on.ca/Doctor_Search/dr_srch_hm.htm], consulté en juillet 2005.

²⁶. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Primary Health Care Team, Underserved Area Program, List of Areas Designated as Underserved for General/Family Practitioners, April/May/June 2006.



Chapitre 4 : Résultats

4.1 Bilan des services . . .	27
4.1.1 Cabinets de médecin de famille	27
4.1.2 Centres d'accès aux soins communautaires . . .	29
4.1.3 Centres de santé communautaire	30
4.1.4 Équipes Santé familiale	31
4.1.5 Services de santé publique	32
4.1.6 Services de santé mentale et de toxicomanie . . .	33
4.1.7 Télésanté Ontario . . .	35
4.2 Bilan des consultations communautaires	35
4.2.1 Lieux d'accès	36
4.2.2 Ressources humaines	42
4.2.3 Promotion de la santé et prévention des maladies	46
4.2.4 Planification et gestion	47

Tableau 2 : Cabinets de médecin de famille dans certaines divisions de recensement du Sud de l'Ontario

Division de recensement	Ville	Nombre ayant le français comme langue de service	Nombre de postes de médecin de famille accordé	Nombre de postes vacants
Chatham-Kent†	Chatham*	4	69	20
Durham†	Ajax	6		
	Oshawa	3	101	38
	Pickering	1		
	Whitby*	1	63	11
Essex†	Belle-Rivière* (Lakeshore)**		(Lakeshore)	(Lakeshore)
		3	13	10
	Windsor*	20	164	37
Halton†	Burlington	13	109	13
	Milton*	2	30	3
	Oakville	15		
Hamilton	Hamilton	20		
Lambton†	Petrolia	1		
	Sarnia*	11	67	24
Middlesex†	London	19		
Niagara†	Niagara Falls*	8	56	23
	Port Colborne*	0	17	4
	St. Catharines*	13	95	15
	Welland*	4	35	16
Peel	Mississauga	33		
	Brampton	16		
Simcoe†	Barrie*	8	94	10
	Midland*	5	(North Simcoe)	(North Simcoe)
	(North Simcoe)***		31	4
	Penetanguishene*	3	(voir Midland)	(voir Midland)
	(North Simcoe)***	3		
Toronto	Toronto	316		
Waterloo†	Kitchener	8		
	Waterloo	3		
	Cambridge*	8	72	13
Wellington†	Guelph*	10	89	5
York†	Markham	7		
	Newmarket	4		

† DDR avec des régions insuffisamment desservies

* Municipalité admissible aux programmes d'encouragement du MSSLD.

** Belle-Rivière fait partie de la nouvelle municipalité de Lakeshore avec les cantons de Maidstone, de Rochester, de Tilbury Nord et de Tilbury Ouest. Les données du MSSLD s'appliquent à l'ensemble de la municipalité.

*** Midland et Penetanguishene font partie de la nouvelle municipalité de North Simcoe avec les cantons de Tay et de Tiny. Les données du MSSLD s'appliquent à l'ensemble de la municipalité.

un nombre suffisant de médecins pour le nombre de francophones (langue maternelle), la réalité est tout autre. Généralement, la majorité des patients de ces médecins ne sont pas francophones; ils desservent l'ensemble de leur communauté. Souvent les francophones ne les connaissent pas, donc ne s'adressent pas à eux. Les consultations communautaires ont permis de constater qu'il y a une pénurie de médecins de famille dans la plupart des régions. Cette perception n'est pas nécessairement fausse.

4.1.2 Centres d'accès aux soins communautaires

Les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) offrent un point d'accès au système de soins de longue durée. Les CASC évaluent les besoins des clients en matière de services médicaux et de services de soutien personnel à domicile; ils coordonnent les visites des professionnels nécessaires; ils organisent les services offerts aux enfants ayant des besoins spéciaux en milieu scolaire; ils s'occupent des admissions dans les établissements de soins de longue durée; et ils orientent les personnes vers d'autres services communautaires. Ce sont les gestionnaires de cas employés par les CASC qui déterminent l'admissibilité des clients aux soins à domicile.

Les services offerts par l'entremise des CASC comprennent les soins infirmiers, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la diététique, le travail social, le soutien personnel et les services d'aide familiale²⁷. Ils sont offerts par des fournisseurs externes à but lucratif ou à but non lucratif qui ont une relation contractuelle avec le CASC. Les services sont subventionnés par le MSSLD.

On compte un total de 27 CASC dans le Sud de l'Ontario. Le tableau suivant présente les CASC situés dans les douze DDR retenues. Parmi les seize CASC situés dans les douze régions, douze sont assujettis à la LSF. Cependant, le nombre et la qualité des services offerts en français par l'entremise des CASC varient beaucoup d'une région à l'autre. Le CASC de Middlesex-London, par



Tableau 3 : Centres d'accès aux soins communautaires dans certaines divisions de recensement du Sud de l'Ontario

Division de recensement	Ville	Nom du CASC	LSF
Chatham-Kent	Chatham	CASC de Chatham-Kent	✓
Durham	Whitby	Access to Care Durham	
Essex	Windsor	CASC de Windsor-Essex	✓
Halton	Burlington	CASC de Halton	
Hamilton	Hamilton	CASC de Hamilton	✓
Middlesex	London	CASC de London et Middlesex	✓
Niagara	St. Catharines	CASC de Niagara	✓
Peel	Brampton	CASC de Peel	✓
Simcoe	Barrie	CASC du comté de Simcoe	✓
Toronto	Toronto (East York)	CASC d'East York	✓
	Toronto (Etobicoke)	CASC d'Etobicoke et de York	✓
	Toronto (North York)	CASC de North York	✓
	Toronto (Scarborough)	CASC de Scarborough	✓
	Toronto (centre-ville)	CASC de Toronto	✓
Waterloo	Kitchener	CASC de la région de Waterloo	
York	Newmarket	CASC de la région de York	

27. *Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Information publique, Services de santé dans votre communauté, Faits au sujet des centres d'accès aux soins communautaires, consulté le 4 janvier 2006, [http://www.health.gov.on.ca/french/public/contact/ccacf/ccac_factsf.html].*

Chapitre 4 : Résultats

4.1 Bilan des services . . .	27
4.1.1 Cabinets de médecin de famille	27
4.1.2. Centres d'accès aux soins communautaires . . .	29
4.1.3. Centres de santé communautaire	30
4.1.4. Équipes Santé familiale	31
4.1.5. Services de santé publique	32
4.1.6. Services de santé mentale et de toxicomanie . . .	33
4.1.7. Télésanté Ontario . . .	35
4.2 Bilan des consultations communautaires	35
4.2.1 Lieux d'accès	36
4.2.2 Ressources humaines	42
4.2.3 Promotion de la santé et prévention des maladies	46
4.2.4 Planification et gestion	47

exemple, offre des services en français de façon assez proactive tandis que dans les cinq CASC de Toronto, la prestation de services en français est sporadique.

4.1.3 Centres de santé communautaire

Les centres de santé communautaire (CSC) offrent une gamme de services dont des programmes de soins de santé primaires et de promotion de la santé. Les CSC se concentrent principalement sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. En général, les équipes de soins primaires des CSC comprennent des médecins, des infirmières praticiennes, des infirmières, des travailleurs sociaux, des agents de promotion de la santé, des travailleurs en santé communautaire et, souvent, des podologues, des nutritionnistes et des diététistes. La plupart des CSC ciblent des groupes en particulier, comme les francophones, les autochtones ou des populations à risque²⁸.

Le tableau suivant présente le nombre de CSC existants dans les douze DDR incluses dans l'étude. Des 33 CSC que comporte le Sud, deux seulement, avec quatre points de services, sont francophones. Il s'agit du CSC Hamilton/Niagara et du Centre francophone de Toronto. Deux autres, situés à London et à Toronto, offrent quelques services en français.

En novembre 2005, le MSSLD a annoncé la création de 22 nouveaux CSC et de 17 satellites au cours des trois prochaines années. Parmi les centres annoncés pour les douze DDR incluses dans l'étude, on trouve les suivants : pour 2005-2006, un CSC à Fort Érié-Port Colborne (Niagara) et deux satellites à Toronto; pour 2006-2007, un CSC à Chatham-Kent, un CSC à St. Catharines (Niagara) et un CSC à Brampton (Peel) avec un satellite à Toronto ainsi que trois autres satellites à Toronto; pour 2007-2008, un CSC à Collingwood-

Des 33 CSC que comporte le Sud, deux seulement, avec quatre points de services, sont francophones.

Tableau 4 : Centres de santé communautaire dans certaines divisions de recensement du Sud de l'Ontario

Division de recensement	Ville	Nom du CSC	Nombre offrant des SSF
Chatham-Kent		0	0
Durham	Ajax	1	0
	Oshawa	1	0
Essex	Windsor	2	0
Halton		0	0
Hamilton	Hamilton	3	1
Middlesex	London	1	1
Niagara	Welland	1	1
Peel		0	0
Simcoe	Barrie	1	0
Toronto	Toronto	22	2
			dont 1 a 2 points de services
Waterloo	Kitchener	1	0
York		0	0

²⁸. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Information publique, Centres de santé communautaire, consulté le 4 janvier 2006, [http://www.health.gov.on.ca/french/public/contact/chcf/chc_mnf.html].

Midland (Simcoe), un CSC à Niagara Falls (Niagara) et un CSC à Vaughan (York) avec un satellite à Toronto ainsi que deux autres satellites, à York et Pickering (Durham) respectivement. Il reste à voir lesquels offriront des services en français.

4.1.4 Équipes Santé familiale

Les équipes Santé familiale sont des organismes locaux de soins primaires composés de médecins de famille, d’infirmières praticiennes, d’infirmières et de divers autres professionnels de la santé [qui fournissent] à une population définie un éventail complet de soins primaires coordonnés et accessibles. [...] [Elles] peuvent comprendre des travailleurs de la santé mentale et des médecins spécialistes et offrir des services diagnostiques, quelques services de chirurgie externe et de l’aiguillage vers des soins à domicile. Elles mettent également l’accent sur la gestion des maladies chroniques, la promotion de la santé et la prévention des maladies [...] en partenariat avec les bureaux locaux de santé publique et les autres organismes de santé²⁹.

Le modèle des équipes Santé familiale est nouveau en Ontario. La première vague des équipes a été annoncée en avril 2005, la deuxième, en décembre 2005 et la troisième, en avril 2006. Dans l’ensemble, ces équipes ne sont pas encore en mesure d’offrir des services. Jusqu’à présent, une seule ESF semble



Tableau 5 : Équipes Santé familiale annoncées dans certaines divisions de recensement du Sud de l’Ontario

Division de recensement	RLISS	Nombre d’ESF
Chatham-Kent	Érié St-Clair	2
Durham	Centre-Est	1
Essex	Érié St-Clair	4
Halton	Hamilton Niagara Haldimand Brant	1
	Mississauga Halton	4
Hamilton	Hamilton Niagara Haldimand Brant	9
Middlesex	Sud-Ouest	2
Niagara	Hamilton Niagara Haldimand Brant	6
Peel	Centre-Ouest	1
	Mississauga-Halton	1,5
Simcoe	Centre	1
	Simcoe Nord Muskoka	4
Toronto	Centre-Ouest	1
	Mississauga Halton	1,5
	Centre-Toronto	10
	Centre	2
	Centre-Est	1
Waterloo	Waterloo Wellington	4
York	Centre	3

²⁹. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Infotrousse, Introduction aux équipes Santé familiale, décembre 2005, consulté le 5 janvier 2006, [http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/fhtf/infokitf/fht_introf.pdf].

Chapitre 4 : Résultats

4.1 Bilan des services . . .	27
4.1.1 Cabinets de médecin de famille	27
4.1.2 Centres d’accès aux soins communautaires . . .	29
4.1.3 Centres de santé communautaire	30
4.1.4 Équipes Santé familiale	31
4.1.5 Services de santé publique	32
4.1.6 Services de santé mentale et de toxicomanie . . .	33
4.1.7 Télésanté Ontario . . .	35
4.2 Bilan des consultations communautaires	35
4.2.1 Lieux d’accès	36
4.2.2 Ressources humaines	42
4.2.3 Promotion de la santé et prévention des maladies	46
4.2.4 Planification et gestion	47

planifier offrir des services en français. Le tableau 5 présente le nombre d'ESF annoncées par RLIS dans les douze DDR retenues.

4.1.5 Services de santé publique

Un bureau de santé est un organisme de santé publique établi par un groupe de municipalités [...] pour fournir des services de santé publique [...]. Les bureaux de santé publique administrent des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies en vue de renseigner le public sur les modes de vie sains et de lutter contre les maladies transmissibles, notamment en diffusant de l'information sur les MTS et le sida. Ils s'occupent également d'immunisation et de l'inspection des services d'alimentation, favorisent la croissance et le développement sains en offrant notamment de l'éducation parentale, donnent de l'information sur la santé à tous les groupes d'âge et assurent également certains services de dépistage³⁰.

Faisant partie des administrations municipales, les bureaux de santé publique ne sont pas assujettis à la LSF. Cependant, le MSSLD encourage les bureaux dans les régions désignées à offrir les programmes obligatoires en français. Les conseils scolaires francophones font aussi des efforts pour encourager les bureaux de santé à offrir leurs programmes en français dans les écoles de langue française. Le nombre de services offerts en français ainsi que leur qualité varient beaucoup d'une région à l'autre.

Des 23 bureaux de santé publique du Sud, le tableau suivant présente ceux dans les douze DDR retenues.

Tableau 6 : Bureaux de santé publique dans certaines divisions de recensement du Sud de l'Ontario

Division de recensement	Ville	Nom du bureau de santé	SSF
Chatham-Kent	Chatham	Bureau de santé de Chatham-Kent	✓
Durham	Whitby	Bureau de santé de Durham	
Essex	Windsor	Unité sanitaire de Windsor-comté Essex	✓
Halton	Oakville	Bureau de santé de la région de Halton	
Hamilton	Hamilton	Bureau de santé de Hamilton	✓
Middlesex	London	Bureau de santé de Middlesex-London	✓
Niagara	St. Catharines	Bureau de santé de la région de Niagara	✓
Peel	Brampton	Bureau de santé de Peel	✓
Simcoe	Barrie	Bureau de santé du district de Simcoe-Muskoka	✓
Toronto	Toronto	Bureau de santé publique de Toronto	✓
Waterloo	Kitchener	Bureau de santé de la région de Waterloo	
York	Newmarket	Bureau de santé de la région de York	

³⁰. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Information publique, Bureaux de santé, consulté en janvier 2006, [http://www.health.gov.on.ca/french/public/contact/phuf/phu_mnf.html].

Faisant partie des administrations municipales, les bureaux de santé publique ne sont pas assujettis à la Loi sur les services en français.

4.1.6 Services de santé mentale et de toxicomanie

Le premier point de contact pour les services de santé mentale est le plus souvent le médecin de famille, quoique d'autres professionnels de la santé et d'autres secteurs puissent également aiguiller les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de dépendance. Les centres de santé communautaire et les équipes Santé familiale jouent aussi un rôle important comme point d'entrée au système des services de santé mentale et de toxicomanie en établissement ou dans la communauté.

Actuellement, à travers l'Ontario, les services de santé mentale sont offerts par quatre hôpitaux psychiatriques, cinq hôpitaux spécialisés, les unités psychiatriques de 53 hôpitaux généraux ainsi que plus de 359 programmes communautaires de santé mentale et 148 foyers de soins spéciaux³¹. Ces organismes offrent des services primaires, secondaires et tertiaires. La plupart offre également des services de soutien pour aider un client à trouver un logement ou un emploi, à poursuivre ses études ou à maintenir un revenu stable sans oublier les services d'appui à sa famille.

Dans le Sud de l'Ontario, les principaux établissements spécialisés « identifiés » pour offrir des services en français sont le Centre de santé mentale de Penetanguishene et le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM). Le CTSM a son siège social à Toronto mais dispense des services à travers le Sud par l'intermédiaire d'un réseau de bureaux locaux. Dans le Sud, ces bureaux se trouvent à Pickering, Toronto, Mississauga, Hamilton, St. Catharines, Waterloo, Penetanguishene, Newmarket, Owen Sound, London, Chatham et Windsor³².

Depuis quelques années, le MSSLD met en œuvre une réforme des soins de santé mentale. Dans le cadre de cette réforme, les services communautaires occupent une place de plus en plus grande. Un des buts est d'assurer des services vraiment axés sur les besoins du client et de ses proches.

Une telle approche laisse de la place pour toute une panoplie de modèles de services pour faire face à des besoins très complexes. Parmi les modèles de services communautaires, on trouve les équipes de traitement communautaire dynamique, les pavillons, les équipes d'intervention en cas de crise, les équipes d'intervention précoce dans le traitement de la psychose, les groupes de soutien par les pairs, et d'autres encore. Peu importe le modèle, les gestionnaires de cas jouent un rôle clé auprès des clients et de leur famille.

³¹ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Public Information, Mental Health Programs and Services, consulté en mai 2006, [http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/mentalhealth/mental_services/services_mn.html].

³² Centre de toxicomanie et de santé mentale, Services régionaux, consulté en mai 2006, [http://www.camh.net/FR/About_CAMH/Ontario_Regional_Services/ontario_services_fr.html].

³³ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Réseaux locaux d'intégration des services de santé : Limites géographiques et information de support, [http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/lhinf/lhinmap_mnf.html].



Chapitre 4 : Résultats

4.1 Bilan des services . . .	27
4.1.1 Cabinets de médecin de famille	27
4.1.2 Centres d'accès aux soins communautaires . . .	29
4.1.3 Centres de santé communautaire	30
4.1.4 Équipes Santé familiale	31
4.1.5 Services de santé publique	32
4.1.6 Services de santé mentale et de toxicomanie . . .	33
4.1.7 Télésanté Ontario . . .	35
4.2 Bilan des consultations communautaires	35
4.2.1 Lieux d'accès	36
4.2.2 Ressources humaines	42
4.2.3 Promotion de la santé et prévention des maladies	46
4.2.4 Planification et gestion	47

Le tableau suivant présente un survol des services offerts dans les douze DDR retenues pour l'étude. Ces données sont tirées des listes de fournisseurs de services de santé par RLISS affichées sur le site du MSSLD³³. Selon le

Tableau 7 : Services de toxicomanie, services de santé mentale et services connexes de support aux communautés dans certaines divisions de recensement du Sud de l'Ontario

Division de recensement	RLISS	Service	Nombre	Nombre identifié pour offrir des SSF	
Chatham-Kent	Érié St-Clair	Toxicomanie	2	2	
		Support aux communautés	3	3	
		Santé mentale	3	2	
Durham	Centre-Est	Toxicomanie	1	0	
		Support aux communautés	3	0	
		Santé mentale	9	0	
Essex	Érié St-Clair	Toxicomanie	5	2	
		Support aux communautés	2	2	
		Santé mentale	6	4	
Halton	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Toxicomanie	1	0	
		Support aux communautés	2	0	
		Santé mentale	2	0	
	Mississauga Halton	Toxicomanie	2	0	
Hamilton	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Santé mentale	6	0	
		Toxicomanie	8	3	
		Support aux communautés	5	2	
Middlesex	Sud-Ouest	Santé mentale	10	3	
		Toxicomanie	6	3	
		Support aux communautés	4	3	
Niagara	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Santé mentale	14	5	
		Toxicomanie	6	4	
		Support aux communautés	5	3	
Peel	Centre-Ouest	Santé mentale	8	5	
		Toxicomanie	1	0	
		Support aux communautés	1	0	
	Mississauga Halton	Santé mentale	7	2	
		Toxicomanie	1	0	
Simcoe	Simcoe Nord Muskoka	Support aux communautés	4	1	
		Santé mentale	3	0	
		Toxicomanie	4	2	
		Support aux communautés	4	0	
Toronto	Centre-Ouest	Santé mentale	7	3	
		Toxicomanie	0	0	
		Support aux communautés	0	0	
	Mississauga Halton	Santé mentale	1	2	
		Toxicomanie	1	0	
		Support aux communautés	0	0	
	Toronto Centre	Toronto Centre	Santé mentale	1	0
			Toxicomanie	26	4
		Centre	Support aux communautés	5	1
			Santé mentale	71	8
	Waterloo	Waterloo Wellington	Toxicomanie	3	0
Support aux communautés			1	0	
Santé mentale			11	1	
Toxicomanie			2	0	
Support aux communautés			0	0	
York	Centre-Est	Santé mentale	6	0	
		Toxicomanie	4	0	
		Support aux communautés	5	0	
York	Centre-Est	Santé mentale	8	0	
		Toxicomanie	3	0	
		Support aux communautés	2	0	
		Santé mentale	11	0	

La disponibilité et la qualité des services varient beaucoup, même dans un domaine où tout dépend de l'efficacité de la communication.

ministère, les listes en question présentent un aperçu des fournisseurs et sont peut-être incomplètes. En ce qui concerne l'offre effective des services en français par les organismes « identifiés », la disponibilité et la qualité des services varient beaucoup, même dans un domaine où tout dépend de l'efficacité de la communication. Les consultations communautaires ont révélé beaucoup de besoins dans ce domaine.

4.1.7 Télésanté Ontario

Télésanté Ontario est un service téléphonique gratuit du MSSLD où l'on peut appeler pour obtenir des conseils ou des renseignements généraux sur la santé.

En appelant Télésanté, un résident parle directement à une infirmière autorisée qui lui demande de décrire ses symptômes et de répondre à certaines questions dans le but d'évaluer le mieux possible la gravité du problème. L'infirmière peut alors le conseiller sur la façon de se soigner, lui recommander de consulter un médecin ou lui donner les numéros de téléphone des services communautaires le plus près de chez lui.

Télésanté Ontario est offert en français et en anglais. En composant le numéro sans frais, un message d'accueil bilingue permet à l'utilisateur de choisir la langue dans laquelle il désire être servi. S'il choisit le français, l'utilisateur est assuré de pouvoir parler à une infirmière de langue française et cela, tous les jours 24 heures par jour³⁴.

Un sondage réalisé en septembre 2005 par l'équipe provinciale a confirmé que Télésanté offre des services en français en tout temps. Le sondage a également indiqué que des ressources humaines francophones sont en place à tous les échelons, notamment de la gestion, de l'administration, de la réception et des professionnels.

4.2 Bilan des consultations communautaires

Afin de mieux comprendre la réalité que vivent les francophones du Sud sur le plan des soins de santé primaires, l'équipe de recherche a consulté des intervenants clés dans douze DDR du Sud. De cette façon, elle a aussi pu recueillir de l'information touchant les dix régions de planification (RLISS) sur le territoire du Réseau.

Comme il est expliqué à la section *Méthodologie*, entre décembre 2005 et mars 2006, l'équipe a mené 108 entrevues auprès de 109 intervenants clés et a tenu neuf groupes de discussion. En analysant les données recueillies, l'équipe a commencé par une analyse régionale selon certaines grandes catégories. Ensuite, elle a fait une synthèse des résultats régionaux, ce qui a permis



Chapitre 4 : Résultats

4.1 Bilan des services . . .	27
4.1.1 Cabinets de médecin de famille	27
4.1.2 Centres d'accès aux soins communautaires . . .	29
4.1.3 Centres de santé communautaire	30
4.1.4 Équipes Santé familiale	31
4.1.5 Services de santé publique	32
4.1.6 Services de santé mentale et de toxicomanie . . .	33
4.1.7 Télésanté Ontario . . .	35
4.2 Bilan des consultations communautaires	35
4.2.1 Lieux d'accès	36
4.2.2 Ressources humaines	42
4.2.3 Promotion de la santé et prévention des maladies	46
4.2.4 Planification et gestion	47

³⁴. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Information publique, Télésanté Ontario, consulté en septembre 2005, [http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/telehealthf/telehealth_mnf.html].

de faire ressortir les tendances générales tout en repérant les particularités régionales. Ce processus a permis d'établir une vue d'ensemble des besoins des populations concernées, des lacunes qui existent et des pistes de solution pour combler ces besoins. Finalement, l'équipe a regroupé les résultats en fonction des quatre axes stratégiques qu'ont fait ressortir les quatre réseaux ontariens comme étant les éléments clés du développement et de la mise en œuvre de soins de santé primaires de qualité en français en Ontario : soit les lieux d'accès, les ressources humaines, la promotion et la prévention, et la planification et la gestion des services.

Dans le présent rapport, on présente d'abord les besoins et les lacunes signalés par les personnes interrogées suivis des pistes de solution proposées, selon les quatre axes stratégiques et selon certaines grandes catégories à l'intérieur des axes.

4.2.1. Lieux d'accès

Par « lieux d'accès », on entend tout endroit où des services de santé sont offerts. Ici, on explore la question des lieux d'accès en fonction des catégories suivantes : offre des services; organisation des services; structures et organismes; sensibilisation et culture; et services de traduction, d'interprétation et d'accompagnement.

Offre des services

En ce qui concerne l'offre des services, on a trouvé un grand nombre de besoins et de lacunes dans l'ensemble du Sud. À quelques exceptions près, il y a un manque généralisé de services de soins primaires (SSP), avant même d'aborder la question linguistique. On a également constaté qu'il existe très peu de SSP en français, même dans les régions désignées. Quand les services en français existent, ils ne sont pas toujours visibles et ne sont pas nécessairement offerts de façon proactive.

Les personnes interrogées ont signalé des domaines précis dans lesquels elles perçoivent des carences. Par exemple, elles ont fait remarquer qu'il y a un manque de services sociaux et de soutien, en général, mais surtout en français; qu'il y a très peu de services en français dans les hôpitaux et les cliniques; qu'il n'y a pas de continuum de services de santé en français dans les hôpitaux et que les listes et les temps d'attente pour les services de santé en français sont trop longs. Elles ont aussi exprimé certains besoins, comme le besoin de plus de services d'orthophonie, d'audiologie, de physiothérapie et d'ergothérapie; de plus de services à domicile, de soins palliatifs, de services de soutien et de services de réadaptation en français; et de lits francophones dans les établissements de soins de longue durée. Elles ont indiqué qu'il y a très peu de services communautaires de santé mentale et de toxicomanie en français, surtout pour les enfants et les aînés; certaines personnes ont la capacité d'offrir des services mais il y a très peu de points d'accès désignés pour les francophones.

*Ce sont
les groupes les
plus vulnérables
qui sont les plus
défavorisés
en ce qui concerne
l'accès aux soins de
santé primaires en
français.*

L'accès aux services est rendu plus difficile par les distances à parcourir et les problèmes de transports en commun (dispersion de la population francophone, concentration des services au centre-ville ou dans les villes). Autre facteur qui rend l'accès aux services plus difficile : le manque de services en français au premier point de contact (réception, accueil, admission, urgence, ambulance) même s'il y a des professionnels de la santé pour offrir les services de santé en français.

Cette situation a notamment pour résultat que ce sont les groupes les plus vulnérables qui sont les plus défavorisés en ce qui concerne l'accès aux SSP en français : jeunes familles, enfants et jeunes, aînés, femmes, nouveaux arrivants, personnes handicapées, victimes de violence.

Ce ne sont pas les idées sur la façon de combler ces besoins et lacunes qui manquent. On trouve important d'adopter une approche globale à la santé, qui inclut la prévention et la promotion ainsi que les services sociaux et les services de soutien. On trouve nécessaire d'offrir plus de services et de programmes en français partout dans le Sud, y compris dans les régions non désignées.

Persuadées qu'il faut partir des ressources et des services existants et mieux intégrer ces services, les personnes interrogées recommandent de bien les répertorier – dans les organismes anglophones, bilingues et francophones, publics et privés, en ville et en région rurale, ainsi qu'en pratique privée – et de bâtir à partir des infrastructures existantes, comme les CASC ou les CSC francophones et anglophones. En outre, on recommande d'élargir l'éventail de services et de programmes offerts par les CSC francophones existants et d'augmenter le nombre de points de service (le grand Toronto; Hamilton/Niagara). On souligne également l'importance de créer des équipes multidisciplinaires.

Étant donné la dispersion, la composition et l'historique des communautés francophones du Sud, certains trouvent important d'avoir des services bilingues. Les problèmes d'accès ont aussi fait l'objet de suggestions. De l'avis des personnes interrogées, il devrait y avoir une présence bilingue à tous les points d'accès au système de santé (réception, accueil, admission, urgence). Pour contrer d'autres problèmes d'accès, on devrait mettre sur pied des équipes volantes dotées de médecins et d'infirmières qui se déplacent vers les patients selon un calendrier établi, des emplacements satellites et des lignes téléphoniques sans frais.

Organisation des services

L'ensemble des personnes interrogées voit la possibilité de mieux organiser la prestation des services de santé en français. Elles trouvent qu'il y a un manque de coordination des services et des ressources. À Toronto, par exemple, il y a probablement assez de ressources, mais les services sont morcelés, les professionnels dispersés et il n'y a aucun mécanisme de coordination ou de partage. Il y a aussi un manque d'information sur les services de santé en français et le moyen d'y avoir accès, autant pour les professionnels que pour le public; cela rend difficile l'aiguillage et le renvoi en consultation des patients. Plusieurs personnes interrogées sont de l'avis que les ressources existantes sont mal utilisées; il y a un dédoublement de certains services et programmes. Il y a



Chapitre 4 : Résultats

4.1 Bilan des services . . .	27
4.1.1 Cabinets de médecin de famille	27
4.1.2. Centres d'accès aux soins communautaires . . .	29
4.1.3. Centres de santé communautaire	30
4.1.4. Équipes Santé familiale	31
4.1.5. Services de santé publique	32
4.1.6. Services de santé mentale et de toxicomanie . . .	33
4.1.7. Télésanté Ontario . . .	35
4.2 Bilan des consultations communautaires	35
4.2.1 Lieux d'accès	36
4.2.2 Ressources humaines	42
4.2.3 Promotion de la santé et prévention des maladies	46
4.2.4 Planification et gestion	47

également un manque d'organisation et de coordination pour faciliter l'accès aux services de santé en français.

On a beaucoup parlé des besoins en matière de réseautage au niveau des services. Entre autres, on trouve qu'il n'y a pas toujours assez de liens entre les services sociaux et les services de santé et que les services sociaux en français sont mal coordonnés et mal connus. On a signalé qu'il n'y a pas beaucoup d'efforts pour assurer le réseautage entre les prestataires de services et qu'il n'y a pas assez de partenariats entre les organismes; il y a très peu de mécanismes de partage de ressources.

Un dernier point : souvent les organismes et professionnels de la santé (anglophones et francophones) ne connaissent pas la communauté et ne savent pas comment la rejoindre.

Pour améliorer la situation, les personnes interrogées préconisent une approche intégrée et intersectorielle ainsi que le réseautage des services et la concertation. Elles trouvent essentiels de travailler de près avec d'autres secteurs, surtout l'éducation, de créer des partenariats avec des organismes anglophones (à Durham, par exemple, avec le bureau de santé de Durham et le CSC d'Oshawa), avec des organismes de santé existants et avec d'autres initiatives comme *Meilleur départ*.

Comme il est mentionné plus haut, il faut répertorier les services de santé en français existants dans les organismes francophones, bilingues et anglophones publics et privés et en région rurale ainsi que les professionnels francophones en pratique privée, et ce sans se limiter aux régions désignées. Pour tirer profit au maximum de ces services, il faut créer un système ou un outil d'aiguillage permettant de jumeler les patients francophones aux professionnels francophones. Grâce à ce système, les professionnels anglophones et francophones, dont ceux dans les écoles et les garderies ainsi que les gestionnaires de cas, pourront diriger vers les professionnels appropriés.

On a évoqué à plusieurs reprises l'idée de chercher des histoires à succès ailleurs, comme au Nouveau-Brunswick, de faire des analyses comparatives, d'examiner les meilleures pratiques et d'adapter les modèles qui ont réussi ici et ailleurs.

Partout, les personnes interrogées ont préconisé la création de partenariats, régionaux et interrégionaux, souvent intersectoriels, entre organismes francophones ou avec des organismes anglophones, bilingues ou multiculturels. De tels partenariats pourraient inclure le partage de ressources et de professionnels entre organismes et prendre la forme de modèles décentralisés, comme l'équipe virtuelle de London ou des équipes volantes, ou de modèles centralisés, comme le centre de la petite enfance au Centre francophone de Toronto. Par contre, la définition du mandat des organismes, les modèles de financement, les conventions collectives et les cultures institutionnelles peuvent rendre les partenariats difficiles.

On souhaite des lieux d'accès adaptés aux besoins particuliers de la région et offrant une vaste gamme de services.

Finalement, pour tirer le meilleur parti des ressources existantes, plusieurs ont mentionné que l'on devrait avoir des services centralisés et y inclure les services sociaux et aussi que l'on doit aider les organismes désignés à maintenir les acquis.

Structures et organismes

C'est surtout dans cette catégorie que l'on trouve les commentaires des personnes interrogées au sujet de points d'accès. Elles ont fait remarquer que la majorité des municipalités de la région n'ont pas suffisamment de médecins de famille, qu'il s'agisse de cabinets, de groupes ou de cliniques. Elles ont souligné qu'il y a très peu de points d'accès aux SSP en français : il y a seulement deux CSC francophones avec quatre points de services alors que deux autres offrent quelques services en français; il n'y a aucune ESF francophone ou bilingue; il n'y a pas assez de médecins de famille qui offrent des services de santé en français et très peu d'entre eux acceptent de nouveaux patients. Beaucoup de CASC offrent très peu de services en français, même s'ils ont l'obligation de le faire (Toronto, par exemple). La plupart des services de toxicomanie et de santé mentale n'offrent pas de services en français. Plusieurs bureaux de santé publique n'offrent pas de services en français, même dans les régions désignées. Il y a très peu de points de services pour les aînés (foyers). Dans certaines communautés, il n'y a pas de centre communautaire francophone ou de point central d'accès à l'information.

Les personnes interrogées ont signalé que les deux CSC existants, qui ont de longues listes d'attente, ont besoin d'élargir la gamme de leurs services (soins dentaires, podologie, ergothérapie, physiothérapie, psychologie) ainsi que le nombre de points de service. Et les organismes qui offrent des services de santé en français trouvent que les modèles de financement (et les allocations) ne tiennent pas compte des coûts additionnels et des défis particuliers à l'offre des services de santé en français : coûts de la traduction et du recrutement, nécessité d'avoir des postes à temps plein. Ce point est aussi traité à la section *Planification et gestion*.

Les solutions préférées? Un peu partout dans le Sud, on souhaite des lieux d'accès ou des points de service adaptés aux besoins particuliers de la région en question et offrant une vaste gamme de services comme les soins primaires, les services de santé mentale, les services sociaux, les services d'emploi, etc. Les suggestions quant à leur forme varient beaucoup - CSC et ESF francophones, cliniques sans rendez-vous, pratiques de groupe, journées francophones dans des organismes anglophones, cliniques régulières dans un centre communautaire, guichets uniques, centres d'information et ainsi de suite. L'important est d'avoir de tels points d'accès et de les faire connaître.

À Toronto par exemple, on souhaite un éventail plus large de programmes et de services au Centre francophone de Toronto (CFT) afin de combler certaines lacunes, comme la podologie, la physiothérapie, l'ergothérapie, les soins dentaires et la psychologie. On signale aussi l'ouverture de points de services additionnels dans les quartiers insuffisamment desservis du centre-ville de Toronto ou à Brampton. À Hamilton et à Niagara, on demande un éventail



Chapitre 4 : Résultats

4.1	Bilan des services	27
4.1.1	Cabinets de médecin de famille	27
4.1.2	Centres d'accès aux soins communautaires	29
4.1.3	Centres de santé communautaire	30
4.1.4	Équipes Santé familiale	31
4.1.5	Services de santé publique	32
4.1.6	Services de santé mentale et de toxicomanie	33
4.1.7	Télesanté Ontario	35
4.2	Bilan des consultations communautaires	35
4.2.1	Lieux d'accès	36
4.2.2	Ressources humaines	42
4.2.3	Promotion de la santé et prévention des maladies	46
4.2.4	Planification et gestion	47

*Il faut
tenir compte
des dynamiques
propres
aux différentes
communautés.*

plus large de programmes et de services au Centre de santé communautaire afin de combler certaines lacunes, comme les services de soutien et d'accompagnement aux immigrants et aux nouveaux arrivants tandis qu'à Niagara, on signale une soirée sans rendez-vous au CSC pour ceux qui n'ont pas de médecin de famille.

On réclame aussi des points d'entrée désignés pour faciliter la navigation du système (« one-stop shopping »). Un tel point d'entrée pourrait, par exemple, être situé dans un centre communautaire et offrir les services d'une infirmière praticienne, employée d'un CSC anglophone, qui offrirait certains services directs et aiguillerait les clients vers d'autres services en français.

Peu importe le modèle, bien des personnes préconisent le bilinguisme des intervenants et des services. Le Sud est quand même une région avec un taux d'exogamie supérieur à 80 %, d'où l'importance de pouvoir servir les familles dans les deux langues officielles.

En ce qui concerne le financement (et les modèles de financement) des prestataires, surtout des organismes communautaires, on suggère de les revoir pour assurer un financement adéquat. Selon les personnes interrogées, le gouvernement devrait tenir compte des coûts additionnels des services de santé en français (recrutement, traduction, outils de travail, etc.). On devrait créer des enveloppes de services de santé en français dans les programmes des ministères et on devrait faciliter les ententes de partage de ressources entre prestataires.

Culture et sensibilisation

Les personnes interrogées ont noté qu'il existe des lacunes et des défis sur le plan de la culture et de la sensibilisation des communautés. On a expliqué qu'il est parfois difficile de faire valoir l'importance des services en français auprès des décideurs régionaux. Dans certaines régions, surtout les régions non désignées, les francophones sont invisibles. Par ailleurs, les organismes et les professionnels anglophones ne connaissent pas l'histoire et les droits des francophones, ils ne sont pas sensibles à leurs besoins et ils ne comprennent pas l'importance de recevoir les services de santé en français.

L'assimilation est un enjeu extrêmement important dans le Sud. On a noté que les francophones ne demandent pas toujours les services en français. Les raisons sont nombreuses : ils se sentent intimidés; ils ont peur de devoir attendre plus longtemps ou de recevoir des services de moins bonne qualité; ils ne savent pas qu'ils ont le droit de demander des services; ils ne savent pas que les services sont offerts (ou, au contraire, ils savent trop bien que les services ne le sont pas); ils parlent bien l'anglais et ont l'habitude de chercher leurs services dans cette langue; ils ne sont pas sensibilisés à l'importance de recevoir des services dans leur langue.

Il faut aussi tenir compte des dynamiques propres aux différentes communautés. Dans les entrevues et les groupes de discussion, on nous a signalé des divisions au sein des communautés – par exemple, entre les francophones « de souche » et les nouveaux arrivants, entre les conseils scolaires catholiques

et publics, entre différents villages d'une même région, entre les leaders actuels et la relève potentielle. Il faudra composer avec ces difficultés pour réunir la collectivité autour d'un projet de société comme celui de l'amélioration de l'accès aux services de santé en français.

Les recherches ont aussi révélé qu'il y a un manque d'information sur les services existants en français et sur les professionnels qui offrent des services de santé en français et que les gens ne comprennent pas nécessairement comment le système fonctionne. On a noté qu'il y insuffisamment de promotion des services existants en français auprès du public, des organismes et des professionnels francophones et anglophones.

Les personnes interrogées ont proposé des programmes de sensibilisation pour combattre certaines de ces tendances. D'après elles, on devrait avoir des programmes de sensibilisation à la culture francophone dans toute sa diversité à l'intention des décideurs et des employés des organismes anglophones, des professionnels anglophones et francophones et du public en général. Il faut aussi sensibiliser les RLISS ainsi que les associations et les ordres professionnels aux besoins des francophones. On recommande également de sensibiliser les organismes anglophones aux ressources francophones qu'ils ont déjà, de les sensibiliser à l'importance d'offrir des services de santé en français et de les aider à les développer et à faire du réseautage entre eux afin de partager des ressources.

En ce qui concerne les francophones, les personnes interrogées ont déclaré qu'il faut lancer, en partenariat avec d'autres secteurs comme l'éducation et les services sociaux, un programme visant non seulement à sensibiliser les francophones à leur droit de demander les services en français, mais aussi à leur inculquer un sens de fierté et d'appartenance. Il est particulièrement important de convaincre les francophones de la valeur ajoutée du bilinguisme.

Finalement, on a besoin d'une campagne de marketing pour informer la population et les professionnels des services et des programmes existants en français dans leur région et les encourager à les demander. Dans le cadre d'une telle campagne, on devrait faire aussi appel aux médias anglophones et mettre à la disposition des francophones des dépliants, des formulaires et des brochures en français dans les cliniques, les hôpitaux, les écoles, les chambres de commerce et autres lieux de rencontre.

Traduction et services d'interprétation et d'accompagnement

On a soulevé la question de la traduction et de l'interprétation un peu partout dans le Sud. Les personnes interrogées ont indiqué que de nombreux documents d'information à l'intention des patients et de leur famille n'existent pas en français. Souvent, les versions françaises des documents sont simplement des traductions qui ne tiennent pas compte du contexte francophone. On reconnaît quand même la nécessité des services de traduction et on se plaint de l'accès limité aux services et du manque d'argent pour la traduction. On reconnaît aussi l'interprétation et l'accompagnement médical comme outils essentiels. Pour ce qui est de ces services, sauf à Toronto, il n'y a ni service d'interprétation culturelle ni service d'accompagnement médical officiel. Règle



Chapitre 4 : Résultats

4.1 Bilan des services . . .	27
4.1.1 Cabinets de médecin de famille	27
4.1.2. Centres d'accès aux soins communautaires . . .	29
4.1.3. Centres de santé communautaire	30
4.1.4. Équipes Santé familiale	31
4.1.5. Services de santé publique	32
4.1.6. Services de santé mentale et de toxicomanie . . .	33
4.1.7. Télésanté Ontario . . .	35
4.2 Bilan des consultations communautaires	35
4.2.1 Lieux d'accès	36
4.2.2 Ressources humaines	42
4.2.3 Promotion de la santé et prévention des maladies	46
4.2.4 Planification et gestion	47

générale, ce sont les membres de la famille ou des bénévoles qui offrent ces services.

En ce qui concerne les pistes de solution, en plus de chercher des traductions culturellement adaptées et des versions françaises de documents de base comme les fiches d'information sur les médicaments et les examens diagnostiques ainsi que les formulaires de consentement, beaucoup des personnes interrogées souhaitent avoir un meilleur accès aux services de traduction. Tout en reconnaissant que l'interprétation n'est pas la solution idéale (la présence d'un interprète peut biaiser l'information ou entraîner un bris de confidentialité), on souligne la nécessité d'avoir des services d'interprétation et d'accompagnement adéquats et officiels qui seraient reconnus et financés de façon adéquate.

4.2.2. **Ressources humaines**

Pour avoir des lieux d'accès, il faut avant tout des ressources humaines compétentes pour les soutenir. Dans cette section, on examine les enjeux en matière de ressources humaines selon les catégories suivantes : le nombre, l'accès, le recrutement et le maintien en poste ainsi que la formation.

Nombre

Partout, on a noté un manque de ressources humaines en santé et en services sociaux. Il y a un manque de ressources généralisé, mais la situation est pire encore pour les francophones et en région rurale. Parmi les pénuries les plus importantes, on a cité les médecins, les infirmières praticiennes, les infirmières, les orthophonistes, les diététistes, les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux. Dans certaines régions, comme Toronto, la pénurie est attribuable en partie à une mauvaise connaissance et à une mauvaise utilisation des ressources humaines existantes.

Les personnes interrogées ont beaucoup parlé du manque de médecins de famille. Selon elles, les gens prennent le médecin qui est prêt à les accepter, peu importe sa langue. De nombreuses personnes n'ont pas de médecin de famille. Il y a également un manque de spécialistes de toutes sortes, entre autres, les pédiatres, les psychiatres (surtout pour les enfants et les aînés), les gérontologues, les oncologues, les gynécologues et les urgentologues. D'autres professionnels manquent aussi, notamment des infirmières praticiennes et des infirmières, des orthophonistes, des audiologistes, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des pharmaciens, des dentistes, des sages-femmes et des travailleurs sociaux.

Comme remède, les gens ont proposé la création de programmes d'encouragement pour attirer et garder les professionnels (trousse d'outils de recrutement), des mesures pour faciliter l'intégration des professionnels de la santé formés à l'extérieur du Canada et des stratégies de recrutement à l'échelle provinciale (gouvernement ontarien) et régionale. Ils ont aussi suggéré des stratégies de recrutement et de maintien en poste adaptées aux besoins et aux priorités des différentes communautés. Ils ont par ailleurs mentionné des solutions à plus long terme comme le programme « Carrières en santé ». Mais

Pour avoir des lieux d'accès, il faut avant tout des ressources humaines compétentes pour les soutenir.

comme préalable, il faut d'abord répertorier les professionnels capables d'offrir des services de santé en français.

Accès

L'accès aux professionnels de la santé capables d'offrir des services en français pose certains problèmes. On a trouvé des situations où des personnes capables d'offrir des services en français desservent en majorité des clients anglophones, n'ayant plus de temps pour les clients francophones. Dans d'autres situations, il y a des intervenants francophones qui ne s'affichent pas ou qui hésitent à offrir des services en français parce qu'ils manquent de confiance en leurs compétences linguistiques. Et trop fréquemment, l'absence d'une présence bilingue au premier point de contact (réception) constitue une barrière même si le professionnel parle français.

Trop souvent, on manque d'information sur le système de santé et sur les services existants en français – et cela autant pour les intervenants que pour le grand public. Le peu de visibilité des services en français est un autre obstacle. Dans les organismes, il n'y a pas beaucoup d'affichage en français et les intervenants capables d'offrir des services en français ne sont pas identifiés de façon visible.

Les listes d'attente sont un autre frein. De façon générale, les gens se plaignent d'être dirigés vers les services en anglais à cause des longues listes d'attente et du manque de connaissances des ressources et des services existants en français. On a aussi mentionné que les deux CSC ont de longues listes d'attente.

Un peu partout, on a fait remarquer qu'il est essentiel de repérer les personnes capables d'offrir des services en français. Il y a bien des francophones dans les organismes de santé ou en pratique privée qui n'offrent pas de services en français de façon officielle et reconnue. C'est un bassin de ressources potentielles inexploité, qui pourrait aider à combler les besoins et les lacunes signalés par les intervenants clés et les participants des groupes de discussion. Parallèlement, on a aussi indiqué l'utilité d'un répertoire des services et professionnels, assorti d'un mécanisme d'aiguillage des patients francophones vers les intervenants francophones. Un exemple d'un tel mécanisme est l'équipe virtuelle de London.

Les personnes interrogées ont beaucoup encouragé l'établissement d'équipes multidisciplinaires et une plus grande utilisation des infirmières praticiennes, des professionnels paramédicaux et des professionnels des services sociaux. On a surtout vu l'infirmière praticienne comme une personne qui pourrait jouer un rôle très important auprès des clients et combler certaines lacunes en médecine familiale. On a aussi fait remarquer qu'il faut mettre en place des modèles de services qui encouragent les professionnels francophones à prendre des patients francophones, qu'il s'agisse d'équipes virtuelles, de programmes d'encouragement, de temps réservé pour les patients francophones ou autres. Enfin, on a signalé l'importance d'accroître le nombre de postes (allocations) dans les CSC



Chapitre 4 : Résultats

4.1 Bilan des services . . .	27
4.1.1 Cabinets de médecin de famille	27
4.1.2 Centres d'accès aux soins communautaires . . .	29
4.1.3 Centres de santé communautaire	30
4.1.4 Équipes Santé familiale	31
4.1.5 Services de santé publique	32
4.1.6 Services de santé mentale et de toxicomanie . . .	33
4.1.7 Télésanté Ontario . . .	35
4.2 Bilan des consultations communautaires	35
4.2.1 Lieux d'accès	36
4.2.2 Ressources humaines	42
4.2.3 Promotion de la santé et prévention des maladies	46
4.2.4 Planification et gestion	47

(infirmières praticiennes, médecins, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, médecine dentaire).

Recrutement et maintien en poste

D'après les personnes interrogées, dans la plupart des régions, il est difficile de recruter et de garder les professionnels de la santé et la situation est pire quand on essaie de recruter des personnes bilingues. Il y a un manque de stratégies de recrutement et de maintien en poste des professionnels. La concurrence entre les prestataires de services pour engager des professionnels bilingues peut créer un problème de roulement qui laisse des trous dans le continuum. Qui plus est, dans certaines régions, surtout des régions non désignées, la recherche de personnel bilingue ne retient même pas l'attention des fournisseurs de services.

Bien des personnes ont parlé des défis auxquels font face les professionnels de la santé qui offrent des services en français, défis qui rendent plus difficile leur maintien en poste. Plusieurs intervenants francophones hésitent à offrir des services en français à cause des conditions salariales et de travail : charge de travail supplémentaire, manque de reconnaissance et d'appui de la part de leur employeur, manque d'outils de travail, manque de services de soutien en français, dévalorisation de leur contribution. Les intervenants qui offrent des services en français se sentent souvent isolés. Ils n'ont ni les outils de travail nécessaires pour offrir des services de santé en français (comme les outils d'évaluation, les outils diagnostiques, le matériel de référence et l'information pour les patients et leur famille) ni le budget pour acheter ces outils.

On a évoqué de façon répétée la question de l'intégration des diplômés internationaux francophones au système de santé ontarien dans le Sud ainsi que le manque de programmes en français pour les aider à rencontrer les exigences pour travailler au Canada. Par ailleurs, pour travailler dans le Sud de l'Ontario, les intervenants francophones doivent être bilingues.

Pour relever ces défis, comme il a été déjà mentionné, on a besoin de stratégies de recrutement et de maintien en poste à l'échelle provinciale, régionale et communautaire. Plus spécifiquement, des personnes à Toronto et dans les régions de Hamilton, de Halton, de Waterloo et de York souhaitent des stratégies et des programmes d'encouragement pour attirer les médecins francophones à leur région. Plusieurs personnes ont rappelé la nécessité d'avoir une stratégie de recrutement commune et d'amener les organismes à travailler ensemble. Dans la région de Simcoe, on a proposé d'inclure un représentant de la communauté francophone au sein du comité de recrutement existant tandis que dans la région de York, on souhaite ajouter un volet francophone aux foires de carrières existantes. Là où les décideurs et les organismes anglophones ne sont pas encore conscients de la problématique des services de santé en français, il y a un travail de sensibilisation à faire.

Certaines des personnes interrogées cherchent d'autres façons de procéder, par exemple, établir des postes à durée limitée et favoriser la création de

On a besoin de stratégies de recrutement et de maintien en poste à l'échelle provinciale, régionale et communautaire.

partenariats et le partage de ressources. Par exemple, les trois conseils scolaires pourraient partager des orthophonistes sur une base régionale.

Pour contrer l'isolement, il faut créer des réseaux régionaux et inter-régionaux d'intervenants et d'organismes en santé ainsi que des réseaux par domaine et des lieux de rencontre qui permettront aux professionnels de s'entraider et de partager des ressources (réunions, conférences, ateliers, autres). De tels réseaux devraient être créés en partenariat. Il faut aussi reconnaître la question des conditions de travail (conditions et charge de travail, conditions salariales, primes au bilinguisme, soutien, outils de travail, postes à temps plein, autres encouragements) et s'y attaquer. En ce qui concerne les outils de travail, il faut dresser un inventaire des outils de travail existants et les faire connaître, déterminer les besoins (en partenariat) et collaborer à la recherche, à l'importation et à la création d'outils.

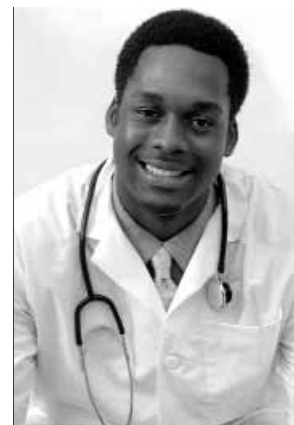
Finalement, on a besoin de programmes de formation en français pour faciliter l'intégration des diplômés internationaux; il faut mieux publiciser les programmes existants et y faciliter l'accès.

Formation

Sur le plan de la formation des ressources humaines, on a noté qu'il y a très peu de programmes de formation de base en français dans le Sud de l'Ontario. Quoique certains professionnels, comme les médecins, ne ressentent pas le besoin d'avoir de la formation professionnelle continue en français, d'autres la souhaitent. Cependant, l'offre de la formation continue en français dans le Sud est très limitée. Qui plus est, dans la plupart des organismes, il n'y a pas de budget pour permettre aux intervenants francophones de suivre la formation continue en français à l'extérieur de leur ville. Les intervenants francophones se sentent donc souvent isolés. Plusieurs intervenants ont aussi indiqué le besoin de parfaire leurs connaissances de la terminologie de leur domaine en français et de se familiariser d'avantage avec la culture de leurs clients (compétences culturelles).

Les personnes interrogées ont souvent parlé des jeunes et de la difficulté de les garder. Elles ont précisé que plusieurs régions n'ont pas d'école secondaire de langue française, que les jeunes doivent sortir de la région pour poursuivre leurs études postsecondaires en français et qu'il arrive souvent qu'ils n'y retournent pas. Elles ont aussi évoqué l'absence de stages cliniques, surtout en français, pour les étudiants de la région.

Les idées pour améliorer la situation n'ont pas manqué. En ce qui concerne la formation continue, on a recommandé de déterminer les besoins et les moyens d'y répondre et ce, en partenariat avec les associations et les ordres professionnels anglophones et francophones ainsi qu'avec le Consortium national de formation en santé (CNFS) et le RIFSSSO. On a également mentionné qu'il faut collaborer avec les établissements postsecondaires et les réseaux régionaux de professionnels. Certains souhaitent la mise sur pied de programmes de formation de base et de formation continue en français pour



Chapitre 4 : Résultats

4.1 Bilan des services . . .	27
4.1.1 Cabinets de médecin de famille	27
4.1.2. Centres d'accès aux soins communautaires . . .	29
4.1.3. Centres de santé communautaire	30
4.1.4. Équipes Santé familiale	31
4.1.5. Services de santé publique	32
4.1.6. Services de santé mentale et de toxicomanie . . .	33
4.1.7. Télésanté Ontario . . .	35
4.2 Bilan des consultations communautaires . . .	35
4.2.1 Lieux d'accès . . .	36
4.2.2 Ressources humaines	42
4.2.3 Promotion de la santé et prévention des maladies	46
4.2.4 Planification et gestion	47

les médecins et les autres professionnels de la santé dans le Sud, que ce soit au Collège Glendon, au Collège Boréal, à l'université McMaster ou dans d'autres établissements de formation dans le Sud. D'autres ont préconisé des ententes entre l'Université Laurentienne, l'université McMaster et le Collège Boréal pour la formation des professionnels, pour l'établissement de places réservées aux francophones dans les établissements qui forment les professionnels de la santé, même anglophones. Il suggèrent aussi la réservation d'un plus grand nombre de places aux francophones à l'école de médecine du Nord et la création de cours de formation de base (éducatrice de la petite enfance, infirmière) dans le Sud par le Collège Boréal.

Pour offrir un soutien aux professionnels francophones, on pourrait créer, en partenariat avec les prestataires de services secondaires et tertiaires, des systèmes d'appui et de mentorat afin de permettre aux prestataires de services primaires d'offrir des services plus spécialisés (p. ex., si le Centre de toxicomanie et de santé mentale offrait plus de ressources et d'appui aux médecins de famille/généralistes). On a aussi réclamé pour les professionnels des cours de français mieux adaptés aux besoins, comme des cours de perfectionnement, de maintien de l'acquis et de terminologie spécialisée ainsi que du matériel d'appui comme des guides et des lexiques.

En ce qui concerne les jeunes, on a soutenu l'importance de continuer à encourager les francophones à étudier en santé, de préférence, en français. On a aussi suggéré d'étendre les programmes de sensibilisation aux carrières en santé aux régions non désignées et aux écoles élémentaires et cela, sans oublier de sensibiliser les parents. Pour ce faire, il faudrait appuyer le travail fait actuellement par le RIFSSSO, le CNFS et le MSSLD. On a également évoqué la possibilité de créer des programmes pour envoyer les jeunes à l'université et ensuite les ramener dans la région (bourses, stages, appui) ainsi que la nécessité de faire connaître les programmes de bourses existants.

4.2.3. Promotion de la santé et prévention des maladies

Les personnes interrogées s'entendent pour dire que l'élaboration d'une stratégie à long terme pour améliorer la santé d'une population s'articule autour de la promotion de la santé et la prévention des maladies. Cependant, il est aussi clair que les programmes de promotion et de prévention, pour être efficaces, doivent répondre aux caractéristiques de la population cible. Dans le Sud, on a fait ressortir le manque de services, de ressources et de personnel bilingues en promotion de la santé et en prévention des maladies. Dans la plupart des régions, les personnes interrogées ont signalé un manque de services et de ressources en promotion et en prévention pour agir sur les déterminants de la santé. À Toronto et dans la région de Durham, entre autres, elles ont déclaré ne pas avoir à leur disposition de ressources sensibles à la culture des diverses communautés francophones. On a aussi noté que la population manque d'information en français sur certains sujets importants, comme la ménopause, l'allaitement, l'obésité, les maladies cardiaques et la santé sexuelle.

Le fait que les bureaux de santé publique ne soient pas assujettis à la LSF a suscité des commentaires; dans certaines régions, comme Waterloo et York, il n’y a pratiquement aucun service, aucune ressource ou aucun personnel bilingues en prévention et en promotion. Dans York, il n’y a aucun service en français dans les écoles de langue française. De l’avis des personnes interrogées, il faut sensibiliser les bureaux de santé publique à la nécessité d’offrir leurs services en français.

Dans l’ensemble, on a préconisé une approche globale de la santé qui intègre la promotion et la prévention comme pierre angulaire de l’amélioration de l’état de santé des francophones. Tout effort dans ce domaine doit tenir compte de la diversité du Sud et utiliser des ressources adaptées aux multiples cultures de cette région. Il faudra par ailleurs mettre davantage l’accent sur ce volet afin d’encourager les francophones à mieux prendre en charge leur santé.

4.2.4. Planification et gestion

Pour viser une meilleure utilisation des ressources ainsi qu’une meilleure intégration des services et une meilleure coordination des professionnels, il faut planifier l’offre de services. Dans cette section, on présente les enjeux par rapport à la planification et la gestion des services de santé en français selon les catégories suivantes : données; planification; cadre législatif; et, gouvernance et gestion.

Données

Sur le plan des données, on a noté qu’il existe des lacunes en ce qui concerne les données concrètes sur les francophones et leur état de santé. Cela rend d’autant plus difficile la planification des services en français et des ressources humaines francophones en santé. Il existe peu de données sur l’utilisation des services en français, sur l’offre de services et sur la demande. On a aussi très peu d’information sur les professionnels et leur emplacement ainsi que sur la capacité des communautés à offrir des services de santé en français.

Pour combler cette lacune, il faudrait dresser un profil détaillé de la communauté francophone du Sud par RLISS. Ce profil devrait inclure ses caractéristiques démographiques, sa cartographie, une évaluation objective des besoins et des lacunes ainsi que des comportements de santé et de l’état de santé. Par ailleurs, il faudrait faire une étude qui comprendrait un profil précis et la cartographie de la capacité ainsi que les tendances à moyen et à long terme.

Planification

La question de la planification des services de santé en français a beaucoup retenu l’attention des personnes interrogées. Ces dernières ont indiqué que l’on ne connaît pas les besoins à moyen et à long terme en ressources humaines francophones en santé (RHS). Elles ont signalé qu’il n’y a pas de continuum de services de santé en français, que les programmes et les services offerts en anglais ne sont pas nécessairement offerts en français et que dans beaucoup de régions, il n’y a pas de plan à jour de mise en œuvre des services de santé en français. Elles étaient aussi d’avis que le Ministère devrait aligner ses priorités sur celles de la communauté.



Chapitre 4 : Résultats

4.1 Bilan des services . . .	27
4.1.1 Cabinets de médecin de famille	27
4.1.2. Centres d'accès aux soins communautaires . . .	29
4.1.3. Centres de santé communautaire	30
4.1.4. Équipes Santé familiale	31
4.1.5. Services de santé publique	32
4.1.6. Services de santé mentale et de toxicomanie . . .	33
4.1.7. Télésanté Ontario . . .	35
4.2 Bilan des consultations communautaires	35
4.2.1 Lieux d'accès	36
4.2.2 Ressources humaines	42
4.2.3 Promotion de la santé et prévention des maladies	46
4.2.4 Planification et gestion	47

Tous les francophones devraient avoir accès à des services en français peu importe l'endroit où ils demeurent.

En ce qui touche les RHS, les personnes interrogées préconisent une planification à long terme (cinq, dix, quinze ans) des besoins en RHS francophones par région en fonction des besoins et des caractéristiques de la communauté. Elles ont aussi noté qu'il faut intégrer les besoins des francophones dès le départ dans la planification et qu'il faut élaborer des plans de services intégrés qui tracent la voie à suivre et définissent des priorités précises en faisant état de la situation actuelle, des lacunes, des solutions, des mesures de responsabilisation et des ressources nécessaires. Elles ont par ailleurs mentionné qu'il faut consulter les communautés francophones quant aux priorités en santé, s'aligner sur les priorités du MSSLD, travailler en partenariat avec le Bureau des services de santé en français et s'aligner sur les priorités des RLISS.

On a évoqué à maintes reprises toute la question des modèles de financement et des allocations. La plupart des organismes demande que le gouvernement reconnaisse les coûts réels de l'offre de services en français et certains réclament la création d'enveloppes francophones, à l'instar de certains programmes fédéraux en santé.

Cadre législatif

Les personnes interrogées ont souvent mentionné la *Loi sur les services en français* (LSF) et surtout ses limites. Tout en reconnaissant les efforts des consultants régionaux des services de santé en français, elles ont souligné, entre autres, le manque de critères précis, de directives claires aux organismes et de mesures concrètes de responsabilisation. Du point de vue de plusieurs, il y a un manque de volonté de la part des décideurs politiques de mettre la Loi en application de façon proactive. Même si le français est une langue officielle, aucune préséance n'est donnée au français dans les politiques gouvernementales. Le concept de désignation a aussi attiré des critiques. Les bureaux de santé publique ne sont pas assujettis à la Loi, donc ils offrent peu de services en français. Presque la moitié des francophones du Sud habitent des régions non désignées. Dans ces régions, il n'y a aucune obligation d'offrir des services de santé en français et par conséquent, il n'y a aucun service. La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (Loi 36), par contre, est perçue comme une occasion à ne pas manquer pour améliorer l'accès aux services de santé en français.

Les suggestions d'amélioration ne manquent pas. On recommande de créer, par exemple, des comités de services en français là où il n'y en a plus et de mettre les plans régionaux de mise en œuvre des services de santé en français à jour. On conseille une application plus proactive de la LSF, avec des directives claires et précises et des mesures de responsabilisation assorties de pénalités pour le non-respect des obligations. Certains préconisent une approche plus prescriptive avec des mesures qui obligerait les bureaux et les organismes de santé à offrir des services en français et une réglementation plus proactive pour certaines professions. Finalement, on a suggéré de revoir tout le concept des régions désignées. Tous les francophones devraient avoir accès à des services en français peu importe l'endroit où ils demeurent. C'est pourquoi il est important que les règlements pris en vertu de la Loi 36 tiennent compte des francophones afin de leur assurer le même accès aux services que les anglophones.

Gouvernance et gestion

L'importance de la participation à la prise de décision est une autre thématique qui est revenue souvent. Les francophones sont absents des conseils d'administration et des paliers de gestion supérieure des organismes prestataires de services, des associations et des ordres professionnels et des organismes décisionnels comme les RLISS. Par conséquent, il y a peu de chances que l'on tienne compte des préoccupations et des besoins des francophones, puisqu'ils sont invisibles pour les décideurs. On a aussi évoqué le fait que le Réseau du Sud est peu présent auprès des RLISS, auprès des organismes de santé et dans les communautés; cependant, le Réseau serait un interlocuteur important pour faire valoir le point de vue des francophones.

Les personnes interrogées ont proposé plusieurs pistes : entre autres, la collaboration à un programme de recrutement pour encourager les francophones à se présenter à des postes au sein des conseils d'administration, des comités et de la gestion supérieure des organismes de santé et pour sensibiliser les anglophones à l'importance d'inclure les francophones. La participation auprès des RLISS est essentielle. À ce sujet, il incombe au Réseau du Sud d'élaborer une stratégie et un positionnement auprès des RLISS, tant au palier du conseil d'administration qu'à celui du personnel. Il faut initier et maintenir des contacts avec les RLISS, sur une base individuelle et collective, s'insérer dans les processus de planification et d'engagement communautaire auprès des RLISS. Bref, il faut devenir l'intervenant francophone incontournable auprès des RLISS. Il incombe également au Réseau d'élaborer une stratégie et un positionnement auprès des prestataires de services et des communautés.

Il faut noter que, tout en privilégiant une gouvernance francophone pour certains modèles de service, comme les CSC et les ESF, dans les régions où il y a une masse critique de francophones pour soutenir de tels modèles, dans d'autres cas, les personnes interrogées voient des modèles de service mixtes, souvent non en établissement, offrant des services autant en anglais qu'en français. Pour beaucoup d'entre elles, l'important est d'avoir accès à des services de santé de qualité en français, mais aussi en anglais.



Chapitre 4 : Résultats

4.1 Bilan des services . . .	27
4.1.1 Cabinets de médecin de famille	27
4.1.2 Centres d'accès aux soins communautaires . . .	29
4.1.3 Centres de santé communautaire	30
4.1.4 Équipes Santé familiale	31
4.1.5 Services de santé publique	32
4.1.6 Services de santé mentale et de toxicomanie . . .	33
4.1.7 Télésanté Ontario . . .	35
4.2 Bilan des consultations communautaires	35
4.2.1 Lieux d'accès	36
4.2.2 Ressources humaines	42
4.2.3 Promotion de la santé et prévention des maladies	46
4.2.4 Planification et gestion	47

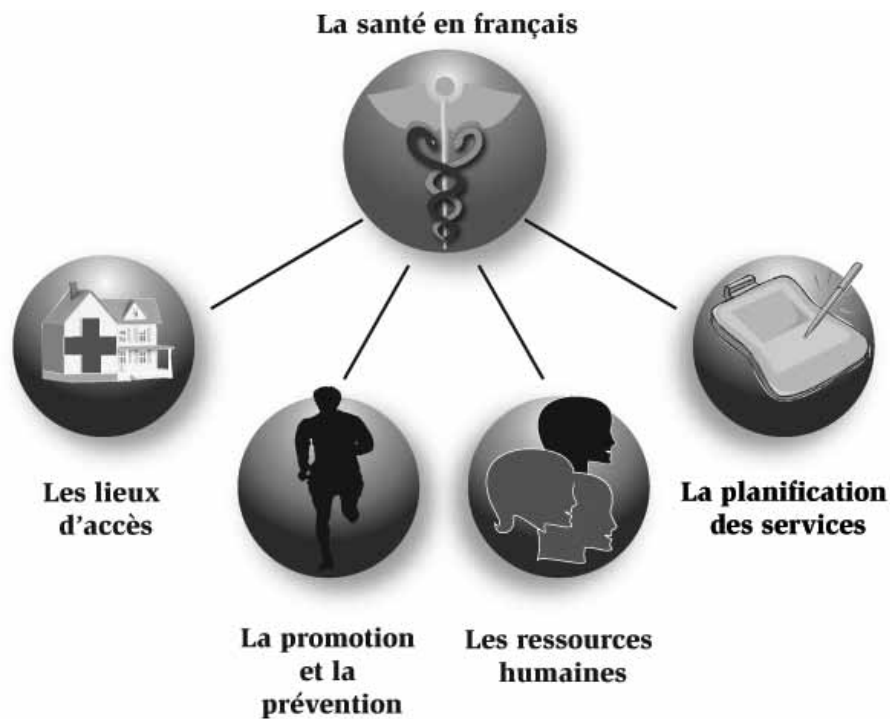
CHAPITRE 5 : Recommandations

5.1 Un point de départ pour les soins de santé primaires en français : Les axes stratégiques

Préparer le terrain, comme son nom l'indique, est le point de départ de la réflexion et des pistes de solution pour améliorer l'accès à des services de qualité en français en Ontario. Ce qui suit est donc le fruit de la réflexion jusqu'à maintenant. Le développement des services de santé en français devrait s'articuler autour de quatre axes stratégiques, ces axes étant les éléments clés de la prestation.

Les quatre axes stratégiques proposés sont : les lieux d'accès, les ressources humaines, la promotion et la prévention ainsi que la planification des services.

Les lieux d'accès sont la pierre angulaire de toutes stratégies d'offre de soins de santé primaires.



Ces axes sont expliqués en détail dans le *Rapport provincial*. Toutefois, afin de donner plus de contexte aux recommandations du Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario, on les répète ici.

Les lieux d'accès

Par lieux d'accès, on entend tout endroit où des services de santé sont offerts. Les résultats des recherches sur le terrain ont clairement démontré que, sous une forme ou une autre, l'offre de services de santé en français est loin de répondre aux besoins de la population francophone. On remarque aussi que les lieux d'accès offrant des services de qualité en français comportent, à des degrés divers, une forme de gouvernance francophone et/ou sont gérés par une équipe majoritairement francophone. De plus, la participation active de la communauté francophone garantit un meilleur succès. Les lieux d'accès sont la pierre angulaire de toutes stratégies d'offre de soins de santé primaires. Le modèle organisationnel des lieux d'accès peut varier d'une région à l'autre. Ce qui répond aux besoins d'une communauté du Nord peut ne pas correspondre à la réalité du Sud de la province. L'important est que le lieu d'accès réponde à certaines conditions qui sont nécessaires à son succès.

1^{re} recommandation :

Créer, maintenir et développer des lieux d'accès de services de santé primaires culturellement et linguistiquement appropriés pour les francophones de l'Ontario.

Les lieux d'accès visent :

- la création d'un environnement francophone complet dans la continuité des services, soit de l'entrée jusqu'à la sortie et au suivi;
- la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité;
- l'intégration de technologies de pointe tant sur le plan de l'offre de services que de la gestion de l'information;
- l'offre de services de santé primaires qui tiennent vraiment compte des réalités géographiques;
- une approche globale de la santé, c'est-à-dire qu'elle intègre la promotion, la prévention et les services curatifs; et
- une approche populationnelle, soit une approche qui vise plus particulièrement les francophones.

Pour que cette recommandation donne les résultats escomptés et pour tenir compte des rapports régionaux, on devrait, lors de la mise en œuvre de cette recommandation, prendre en considération les conditions de succès qui suivent :

Conditions de succès

Les lieux d'accès doivent :

- être gouvernés par des francophones;
- être gérés par des francophones; et
- être portés par un engagement fort de la communauté.



Chapitre 5 : Recommandations

- 5.1 Un point de départ pour les soins de santé primaires en français : Les axes stratégiques .50
- 5.2 Recommandations du Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario55

Les ressources humaines

Pour avoir des lieux d'accès, il faut évidemment une infrastructure physique, mais, avant tout des ressources humaines compétentes qui peuvent les soutenir. Or, la problématique de la pénurie de ressources humaines francophones est ressortie comme une lacune majeure dans les résultats de la recherche. Le manque chronique de professionnels de la santé francophones, le problème entourant leur recrutement et leur rétention sont des exemples des défis majeurs auxquels la communauté francophone doit faire face. Le manque de ressources humaines touche aussi les gestionnaires de la santé et ce, à tous les paliers. Les solutions proposées incluent la formation (tant postsecondaire que continue), l'organisation des ressources humaines ainsi que la planification à moyen terme des ces ressources.

D'autres enjeux ont une incidence sur la planification des ressources humaines en santé. En voici quelques-uns : le manque d'outils d'intervention et d'évaluation en français; le manque de formation formelle et informelle en français; le vieillissement de la population; l'épuisement des professionnels de la santé; la surcharge de travail; le manque de planification à long terme des ressources humaines francophones; la disparité entre les professionnels travaillant dans les milieux ruraux ou urbains. De plus, le virage ambulatoire a eu pour effet une réduction de l'institutionnalisation et un déplacement des activités vers la famille. Finalement, le réseautage et le besoin d'un partage d'information, d'expertise et d'expérience entre les professionnels francophones sont des facteurs cruciaux.

2^e recommandation :

Assurer la présence de ressources humaines francophones compétentes là où sont les besoins. Ceci inclut un volet formation et un volet planification des ressources humaines.

Conditions de succès

La formation des ressources humaines doit :

- comprendre une offre complète de programmes collégiaux et universitaires en français dans les différents domaines de la santé (tant au palier des professionnels de la santé que des gestionnaires) en fonction des besoins;
- comprendre des programmes de formation continue en français offerts auprès des ressources ciblées;
- collaborer avec le Consortium national de formation en santé (CNFS);
- être soutenue par une coordination des programmes de formation continue en français offerts auprès des ressources ciblées;
- être soutenue par une évaluation constante des besoins en formation de base et continue pour les francophones;
- comprendre un volet visant la compétence culturelle des ressources humaines; et
- assurer la présence suffisante d'une relève par l'entremise de programmes de promotion des carrières en santé en français auprès des jeunes.

L'organisation des ressources humaines doit être soutenue par :

- une évaluation complète des besoins en ressources humaines incluant l'identification des professionnels de la santé parlant français;
- une planification à moyen et long terme des ressources humaines; et
- des stratégies de recrutement et de rétention des professionnels francophones par les organisations et les communautés.

La promotion et la prévention

Tous les acteurs s'entendent pour dire que le développement d'une stratégie à long terme pour améliorer la santé d'une population s'articule autour de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Mais, il est aussi clair que les programmes de promotion et de prévention, pour être efficaces, doivent être mis au point et offerts par des intervenants qui possèdent les compétences culturelles nécessaires. Trop souvent, ces programmes sont des traductions de programmes développés par et pour la population anglophone. Enfin, il faut assurer une forme de coordination entre tous les programmes pour en assurer l'efficacité.

3^e recommandation :

Élaborer et mettre en œuvre des programmes de promotion en santé culturellement et linguistiquement adaptés qui mettent l'accent sur les déterminants de la santé afin d'améliorer l'état de santé de la population francophone.

Conditions de succès

Les programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé doivent :

- s'inspirer d'une vision globale de la santé;
- mettre au point et offrir des programmes qui s'inscrivent dans un partenariat avec les communautés et les acteurs clés;
- être élaborés et offerts avec une meilleure coordination entre les acteurs clés;
- offrir des programmes mis sur pied pour les populations francophones en milieu minoritaire; et
- bénéficier de ressources suffisantes.

La planification et la gestion des services

Les services en français, lorsqu'ils existent, sont souvent isolés et les organismes qui les offrent travaillent souvent de manière non coordonnée. Pour viser une meilleure utilisation des ressources, et une intégration et coordination des professionnels, il faut planifier l'offre des services. Or, cette planification doit être faite par des gens qui comprennent la réalité des francophones. Les études ont montré que lorsqu'une population prend en main sa santé et les services qui l'entourent, le système est plus efficace. En fait, c'est un des prin-



Chapitre 5 : Recommandations

- 5.1 Un point de départ pour les soins de santé primaires en français : Les axes stratégiques .50
- 5.2 Recommandations du Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario55

L'ensemble des politiques et stratégies mises au point par les gouvernements doit tenir compte de la réalité spécifique de la francophonie ontarienne.

cipes qui sous-tend la transformation du système de santé en Ontario à travers une régionalisation de l'autorité remise entre les mains de membres de la communauté. Ce principe est d'autant plus valable pour une minorité qui a souvent moins de ressources pour obtenir les mêmes résultats.

L'ensemble des politiques et stratégies mises au point par les gouvernements doit tenir compte de la réalité spécifique de la francophonie ontarienne. Cela ne peut se faire sans une participation soutenue et dynamique de cette communauté. La recommandation qui suit et les conditions de succès qui s'y rattachent visent cette prise en main.

4^e recommandation :

Assurer la planification et la coordination des ressources et des services francophones par l'entremise d'une structure gérée et gouvernée par des francophones, en tenant compte des besoins des individus et des communautés, ainsi que de la disponibilité des ressources.

Conditions de succès

La planification des services de santé en français doit :

- découler de politiques et de règlements gouvernementaux où la réalité des francophones est un élément constitutif;
- être soutenue par l'accès à des données probantes issues de l'utilisation du système de santé et de l'état de santé;
- être basée sur un partenariat gouvernements-prestataires de services-communauté;
- être issue d'un plan global de services en français pour la province qui tient compte des réalités et besoins régionaux;
- inclure des mesures de responsabilisation pour les organisations qui doivent offrir des services en français; et
- être faite en partenariat avec d'autres organismes de planification dans la province.

Les quatre axes stratégiques forment la fondation sur laquelle doit s'établir une vision à long terme du développement des services de soins de santé primaires en français. Ceux-ci ne peuvent être considérés indépendamment les uns des autres, car c'est en travaillant simultanément sur chacun des axes et en tenant compte des conditions de succès qui y sont rattachés qu'il sera possible d'obtenir un meilleur accès pour les francophones.

5.2 Recommandations du Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario

Les recommandations du Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario s'inscrivent dans les quatre axes stratégiques définis à l'échelle provinciale.

1^{re} recommandation

Que le gouvernement élabore les politiques et les mécanismes nécessaires à la mise en œuvre des recommandations formulées ci-dessous et que le gouvernement veille à leur application dans toutes les structures de santé.

Lieux d'accès

Dans le cadre des recherches faites par l'équipe du projet, la question de la disponibilité et de l'accessibilité des services de santé primaires en français a été signalée partout dans le Sud. Des douze régions étudiées plus en profondeur, neuf sont identifiées comme régions insuffisamment desservies. L'accès aux services de santé est donc un problème global, mais encore plus en français et en région rurale. L'accès aux services de santé en français s'est révélé problématique même dans les régions désignées et dans les régions dotées de suffisamment de fournisseurs de services de santé primaires. Parmi les besoins prioritaires qui sont ressortis au cours de la recherche, on trouve les services de médecine familiale et les services de santé mentale et de toxicomanie ainsi que les services pour les enfants et les aînés. Les francophones du Sud font également face à de longues listes d'attente et à des difficultés d'aiguillage vers des services en français. Ces constatations sont symptomatiques non seulement de pénuries, mais aussi du manque de connaissance du système et des ressources existantes en français et du manque d'intégration et de coordination de ces ressources.

2^e recommandation

Que l'on favorise une approche intégrée et intersectorielle aux services de santé en français ainsi que le réseautage des services.

3^e recommandation

Que l'on favorise la création, l'expansion et le maintien de lieux d'accès ou de points d'entrée aux services de santé primaires en français adaptés aux besoins et aux capacités de chaque région, en privilégiant les structures à gouvernance francophone.

Dans les RLISS d'Érié St-Clair, du Sud-Ouest, de Mississauga Halton et de Simcoe Nord Muskoka, on devrait appuyer la mise sur pied de lieux d'accès aux services de santé en français à gouvernance communautaire francophone. Il pourrait s'agir de centres de santé communautaire, d'équipes Santé familiale, de cabinets de groupe ou d'autres structures, telles que des points de services additionnels de structures existantes francophones, bilingues, anglophones ou multiculturels. Ces nouveaux lieux d'accès devront faire preuve d'innovation, miser sur la création de



Chapitre 5 : Recommandations

- 5.1 Un point de départ pour les soins de santé primaires en français : Les axes stratégiques .50
- 5.2 Recommandations du Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario55

On devrait explorer la possibilité de mettre sur pied des partenariats et des ententes de partage de services.

partenariats et le partage de ressources, s'appuyer sur les ressources existantes, épouser une approche globale à la santé et favoriser la multidisciplinarité.

Dans les RLISS du Centre, du Centre-Toronto et de Hamilton Niagara Haldimand Brant, on devrait appuyer l'expansion des services existants offerts par les deux CSC francophones et la mise sur pied de satellites sur le territoire de leur RLISS respectif et même à l'extérieur.

Dans les autres RLISS, on devrait appuyer la mise sur pied de points d'entrée au système de santé en français. Adaptés aux besoins et aux capacités des communautés, ces points d'accès seraient issus de partenariats entre des organismes anglophones, francophones, multiculturels et bilingues. Ils faciliteraient la navigation au sein du système de santé. On pourrait, par exemple, offrir certains services directs dans un centre communautaire francophone, par le biais d'une infirmière praticienne bilingue provenant d'un CSC anglophone et aussi aiguiller les clients vers d'autres services en français. Ce point d'entrée sera doté d'une base de données sur les services et les intervenants offrant des services en français.

Dans tous les RLISS du Sud de l'Ontario, on devrait explorer la possibilité de mettre sur pied des partenariats et des ententes de partage de services entre organismes anglophones, bilingues, multiculturels et francophones. De telles initiatives favoriseraient une meilleure utilisation et une meilleure coordination des ressources ainsi qu'une certaine concentration des services en français. Les services ainsi offerts pourraient prendre plusieurs formes adaptées aux capacités et aux besoins régionaux – équipes virtuelles, équipes volantes, cliniques satellites, partage de services professionnels entre organismes, etc. avec des points d'entrée désignés.

4^e recommandation

Que l'on mette sur pied des campagnes de sensibilisation permanentes visant :

- a) **à augmenter la visibilité des services en français dans le système de santé;**
- b) **à informer les francophones de leurs droits, les convaincre de la valeur ajoutée du français et les encourager à demander les services;**
- c) **à sensibiliser les organismes anglophones ainsi que les professionnels anglophones et francophones à la culture francophone dans toute sa diversité et à l'importance pour les francophones d'être servis dans leur langue.**

Les recherches ont révélé des lacunes considérables en ce qui concerne la connaissance des services existants en français, la demande et l'utilisation des services par les francophones. Elles ont aussi permis de constater la profonde méconnaissance qu'ont les organismes et les professionnels prestataires de services des communautés francophones du Sud dans toute leur diversité.

5^e recommandation

Que l'on favorise la mise sur pied, avec un financement adéquat, de services officiels d'interprétation culturelle et d'accompagnement médical.

Pour beaucoup de personnes, la mise sur pied de services professionnels d'interprétation culturelle et d'accompagnement médical faciliterait l'accès aux services de santé. Il s'agit là d'une mesure provisoire qui viendrait résoudre certaines préoccupations de qualité et de confidentialité. De tels services sont maintenant offerts de façon informelle, souvent par des bénévoles ou des membres du personnel ou de la famille. Cette façon de faire peut avoir un impact sur la volonté d'utiliser certains services de nature plus délicate. Par ailleurs, les services professionnels d'interprétation et d'accompagnement pourraient se révéler utiles à long terme pour accéder aux spécialistes.

Ressources humaines

D'après les recherches, on constate dans le Sud de l'Ontario, une pénurie d'intervenants en santé et en services sociaux offrant des services en français. Les pénuries citées le plus souvent concernent les médecins de famille, les infirmières praticiennes, les infirmières, les orthophonistes, les ergothérapeutes et les professionnels de la santé mentale, dont les travailleurs sociaux. Or, on connaît mal et on utilise mal les ressources humaines francophones existantes. Dans certaines régions, il y aurait un nombre de professionnels suffisant pour répondre à la demande s'ils travaillaient de façon coordonnée. En outre, il n'existe aucun mécanisme formel de coordination, d'aiguillage ou de jumelage des patients francophones avec les intervenants francophones.

On constate aussi des difficultés importantes sur le plan du recrutement et du maintien en poste des professionnels francophones. D'après les recherches, il est difficile de trouver des intervenants francophones et il est aussi difficile de les garder.

6^e recommandation

Que l'on procède, de façon continue, à un inventaire des services et des professionnels de la santé et des services sociaux capables d'offrir des services de qualité en français.

Un tel sondage devrait cibler les professionnels dans tous les organismes de santé anglophones, francophones, multiculturels et bilingues ainsi que ceux en pratique privée. Il devrait également recenser les services disponibles en français. Ces renseignements seraient consignés dans une base de données qui serait accessible au public et aux professionnels, ce qui faciliterait l'aiguillage et le renvoi en consultation. Il faudrait faire ce travail en collaboration avec les autres organismes qui mettent sur pied des bases de données de services et d'intervenants.



Chapitre 5 : Recommandations

- 5.1 Un point de départ pour les soins de santé primaires en français : Les axes stratégiques .50
- 5.2 Recommandations du Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario55

7^e recommandation

Que l'on favorise l'élaboration de stratégies de recrutement et de maintien en poste d'intervenants capables d'offrir des services en français de qualité pour répondre aux priorités et aux besoins régionaux.

La mise en œuvre de cette recommandation passe par une collaboration étroite entre les communautés et organismes francophones, les communautés et organismes anglophones et les ressources et les programmes existants. Par exemple, on pourrait inclure un volet francophone dans les plans de recrutement et les foires de carrières existantes.

8^e recommandation

Que l'on favorise l'intégration des professionnels de la santé francophones provenant de l'étranger.

Un aspect du recrutement des professionnels à ne pas négliger est celui de l'intégration au système de santé ontarien des diplômés internationaux, tant par l'entremise de programmes de formation et de mise à niveau en français que par celle de programmes d'évaluation des compétences. C'est dans le Sud de l'Ontario que l'on trouve la plus grande proportion de nouveaux arrivants.

9^e recommandation

Que l'on collabore à l'évaluation des besoins de formation de base et continue en français dans le Sud de l'Ontario et que l'on appuie la mise sur pied de programmes de formation pour répondre à ces besoins.

Un autre enjeu important dans le Sud de l'Ontario est la formation professionnelle de base et continue. Les programmes de base en français sont presque inexistants et l'offre de la formation continue est minimale. L'un des résultats est l'isolement des professionnels, facteur qui a un impact sur la conservation des intervenants. Un autre est l'exode des jeunes vers d'autres régions afin de poursuivre leurs études; trop souvent, ces jeunes ne retournent pas s'installer dans leur région d'origine.

Ce travail doit se faire en partenariat avec le CNFS, le Collège Boréal, le RIFSSSO, le ministère de la Formation et des Collèges et Universités et le Réseau. Il faudrait aussi explorer les possibilités de collaboration et de partenariat avec les établissements postsecondaires anglophones et bilingues comme l'université McMaster, l'université de Toronto, l'école de médecine du Nord à Sudbury et le Collège Glendon.

Les programmes de base en français sont presque inexistants et l'offre de la formation continue est minimale.

10^e recommandation

Que l'on encourage le réseautage, par secteur et par profession, des intervenants en santé et en services sociaux en leur offrant des lieux de rencontre virtuels et physiques.

Ce réseautage devrait se faire par l'entremise du projet du Portail franco-santé du Sud et en partenariat avec des organismes comme le RIFSSSO et le Réseau CORPS. Les intervenants pourraient, par exemple :

- a) profiter d'occasions de formation en français;
- b) échanger sur les meilleures pratiques;
- c) créer des liens avec d'autres intervenants;
- d) s'entraider.

Cela aurait pour effet de favoriser le ressourcement des intervenants et de valoriser le travail en français.

11^e recommandation

Que l'on continue d'appuyer les efforts du RIFSSSO, du CNFS et du Bureau des services de santé en français (BSSF) du ministère de la Santé et des Soins de longue durée dans leur travail de sensibilisation auprès des jeunes en ce qui concerne les carrières en santé et en services sociaux.

Ces programmes de carrières devraient être élargis aux régions non désignées du Sud de l'Ontario ainsi qu'aux écoles élémentaires.

12^e recommandation

Que l'on fasse connaître les programmes de bourses d'études en santé et en services sociaux auprès des jeunes francophones et que l'on mobilise les communautés francophones pour créer de nouveaux programmes et des stratégies pour inciter les jeunes francophones à retourner dans leur région après leurs études.

On devrait appuyer les efforts des organismes communautaires et de santé et des instances gouvernementales de créer des programmes de soutien aux étudiants en santé d'une région – dont des occasions de mentorat, de l'aide financière et d'autres formes d'appui – afin de valoriser le travail en français et d'encourager les étudiants à retourner dans leur région d'origine.



Chapitre 5 : Recommandations

- 5.1 Un point de départ pour les soins de santé primaires en français : Les axes stratégiques .50
- 5.2 Recommandations du Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario55

Promotion et prévention

Sur le plan de la promotion et de la prévention, on a constaté un manque de ressources en français en général et surtout de ressources adaptées aux besoins des communautés francophones du Sud dans toute leur diversité. On a aussi évoqué la question de la disponibilité en français des services dans les écoles de langue française et des services aux nouvelles mères et aux jeunes familles, aux nouveaux arrivants et aux aînés à l'extérieur de certains centres. Il est important de considérer la prévention des maladies et la promotion de la santé comme des pierres angulaires des soins de santé primaires.

13^e recommandation

Que la promotion de la santé et la prévention des maladies deviennent les pierres angulaires de la prise en charge de leur santé par les francophones, qu'elles s'inspirent d'une vision globale de la santé et qu'elles mettent l'accent sur les déterminants de la santé tout en tenant compte des groupes vulnérables.

Il est important d'offrir des programmes en français adaptés aux diverses cultures des communautés francophones du Sud et aux besoins des groupes cibles comme les enfants, les adolescents, les jeunes mères et les aînés. Il ne faut pas négliger la contribution de professionnels paramédicaux comme les pharmaciens et les optométristes qui sont souvent une source importante de conseils en matière de santé.

14^e recommandation

Que l'on prenne les mesures nécessaires pour s'assurer que les bureaux de santé publique élaborent des plans de services et offrent leurs programmes en français, en les adaptant aux populations francophones.

Les bureaux de santé publique, étant de compétence municipale, ne sont pas assujettis à la *Loi sur les services en français*. La majorité offrent donc peu de services en français et ce, malgré le fait que le Ministère encourage ceux dans les régions désignées à offrir les programmes obligatoires dans les deux langues. Cependant, ils jouent un rôle très important dans tout le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, entre autres, dans les écoles de langue française et les écoles d'immersion.

Étant donné les ressources limitées en français et le peu de personnel bilingue, il faudrait encourager les partenariats entre les différents bureaux de santé et avec d'autres organismes ainsi qu'un partage de ressources. Il faut penser au-delà des régions désignées si l'on veut atteindre efficacement les francophones du Sud de l'Ontario.

La participation à la prise de décisions a souvent été soulevée comme un élément clé pour avoir des services de soins primaires en français de qualité.

Planification et gestion

15^e recommandation

Que l'on assure la mise sur pied de programmes visant à encourager les francophones à se présenter à des postes au sein des conseils d'administration et des comités de travail des organismes de santé, des associations et des ordres professionnels et des organismes décisionnels comme les RLISS.

La participation à la prise de décisions a souvent été soulevée comme un élément clé pour avoir des services de soins primaires en français de qualité. Cette participation doit se faire dans les postes de gestion et de direction au sein des organismes prestataires de services, des conseils d'administration et des comités de travail de ces organismes et surtout des RLISS.

16^e recommandation

Que l'on élabore des plans de services de santé en français intégrés qui spécifient des priorités claires, proposent des actions concrètes et définissent des mesures d'imputabilité.

Cette planification doit se faire en partenariat entre le Réseau, les RLISS, les instances gouvernementales et les organismes communautaires. Les plans devraient refléter à la fois les priorités communautaires en matière de santé et celles du MSSLD et des RLISS. Par ailleurs, ils devraient aborder toute la gamme des services de santé, dont ceux offerts à l'extérieur des établissements de santé, et couvrir toutes les régions du Sud.

17^e recommandation

Que l'on appuie la tenue des recherches visant à dresser un profil détaillé par RLISS des communautés francophones du Sud de l'Ontario, basé sur des données objectives.

La planification repose sur une bonne connaissance des communautés, de leurs besoins, des ressources existantes, des meilleures pratiques et des modèles porteurs. Elle doit aussi pouvoir s'appuyer sur des données quantitatives et qualitatives pertinentes et fiables. Dans le Sud, on a constaté un manque de données quantitatives sur les francophones et sur les services en français, sur l'utilisation des services, sur les professionnels de la santé ainsi que sur l'état de santé et les comportements de santé des francophones.

Un tel profil devrait comprendre les caractéristiques démographiques, la cartographie, la définition et l'évaluation des besoins, les comportements et l'état de santé ainsi que l'offre et la demande des services de santé en français.



Chapitre 5 : Recommandations

- 5.1 Un point de départ pour les soins de santé primaires en français : Les axes stratégiques .50
- 5.2 Recommandations du Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario55

Conclusion

Préparer le terrain a permis de dresser un portrait assez détaillé de la situation des services de santé primaires en français dans le Sud de l'Ontario. Mais ce n'est que le début de l'aventure visant à améliorer l'accès aux services.

Le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario a déjà commencé les démarches en vue de réaliser certaines des recommandations formulées ici. Il a notamment élaboré un nouveau projet, « Santé primaire en action », qui, s'il reçoit le financement demandé, créera les conditions propices pour augmenter l'accès aux soins et services de santé primaires et améliorer l'état de santé des francophones.

En outre, le Réseau poursuivra ses relations avec les autorités gouvernementales afin qu'ensemble, nous puissions trouver des solutions pour réaliser certaines des recommandations présentées ici. Le Réseau continuera également de travailler avec ses partenaires afin de parfaire nos connaissances sur la santé des francophones en situation minoritaire. Le succès de cette démarche repose sur la volonté de travailler ensemble pour améliorer la santé des francophones du Sud de l'Ontario.

*Le succès repose
sur la volonté
de travailler
ensemble pour
améliorer la santé
des francophones
du Sud
de l'Ontario.*

Bibliographie

Agence de santé publique du Canada. *Effets du niveau d'alphabétisme sur la santé des Canadiens et des Canadiennes, Étude de profil*, préparée par Burt Perrin, Burt Perrin Associates, 1998, [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/alphabetisme/literacyfr2.html#3>].

Agence de santé publique du Canada. *La santé de la population, Prémises et données probantes*, février 2004, [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/determinants/determinants.html#evidence>].

Agence de santé publique du Canada. « Quel est l'effet de l'éducation sur la santé? », septembre 2004, [<http://www.canadian-health-network.ca/servlet/ContentServer?cid=1005925&pagename=CHN-RCS%2FCHNResource%2FFAQCHNResourceTemplate&c=CHNResource&lang=Fr>].

Agence de santé publique du Canada. « Qu'est-ce qui détermine la santé », février 2004, [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/determinants/determinants.html>].

Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Services régionaux*, consulté en mai 2006, http://www.camh.net/FR/About_CAMH/Ontario_Regional_Services/ontario_services_fr.html.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Information publique, Bureaux de santé*, consulté en janvier 2006, [http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/contactf/phuf/phu_mnf.html].

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Information publique, Centres de santé communautaire*, consulté le 4 janvier 2006, [http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/contactf/chcf/chc_mnf.html].

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Information publique, Équipes de santé familiale, Introduction aux équipes Santé familiale*, décembre 2005, consulté le 5 janvier 2006, [http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/fhtf/infokitf/fht_introf.pdf].

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Information publique, Organismes de santé par région*, consulté en mai 2006, [http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/flhsf/identified_mnf.html].

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Information publique, Réseaux locaux d'intégration des services de santé : Limites géographiques et information de support*, [http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/lhinf/lhinmap_mnf.html].



Conclusion	62
Bibliographie	63

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Information publique, Services de santé dans votre collectivité, Faits au sujet des centres d'accès aux soins communautaires*, consulté le 4 janvier 2006, [http://www.health.gov.on.ca/french/public/contact/ccacf/ccac_factsf.html].

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Information publique, Télésanté Ontario*, consulté en septembre 2005, [http://www.health.gov.on.ca/french/public/program/telehealthf/telehealth_mnf.html].

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Primary Health Care Team, Underserviced Area Program, *List of Areas Designated as Underserviced for General/Family Practitioners, April/May/June 2006*.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Public Information, Mental Health Programs and Services*, consulté en mai 2006, [http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/mentalhealth/mental_services/services_mn.html].

Office des affaires francophones. *Profil statistique – Les francophones en Ontario, Profil général*, Gouvernement de l'Ontario, 2005, [<http://www.ofa.gov.on.ca/docs/stats-general-fr.pdf>].

Office des affaires francophones. *Profil statistique – Les Francophones en Ontario*, Gouvernement de l'Ontario, 1999, [<http://www.ofa.gov.on.ca/docs/overv-f.pdf>].

Office des affaires francophones. *Profil statistique – Les minorités raciales francophones en Ontario*, Gouvernement de l'Ontario, septembre 2005, [<http://www.ofa.gov.on.ca/docs/stats-minorites.pdf>].

Statistique Canada. *Portrait des communautés de langue officielle au Canada – Recensement 2001*.

PICARD, L. et al, *Deuxième Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique et Institut franco-ontarien, Université Laurentienne, 2005.

The College of Physicians and Surgeons of Ontario. *Doctor Search*, consulté en juillet 2005, [http://www.cpso.on.ca/Doctor_Search/dr_srch_hm.htm].

Pour obtenir de plus amples renseignements ou des exemplaires additionnels de ce document, veuillez communiquer avec :

Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario

379, rue Dundas, bureau 120
London (Ontario) N6B 1V5
Téléphone : 519 438 5937
Télécopieur : 519 438 7349
jmboisvenue@francosante.ca



Santé
Canada

Health
Canada

Canada

Préparer le terrain est une initiative conjointe de la Société Santé en français et de ses dix-sept réseaux.
Cette initiative reçoit l'aide financière du Fonds pour l'adaptation des services de santé primaires de Santé Canada.
Les opinions exprimées dans le présent document ne sont pas nécessairement celles de Santé Canada.