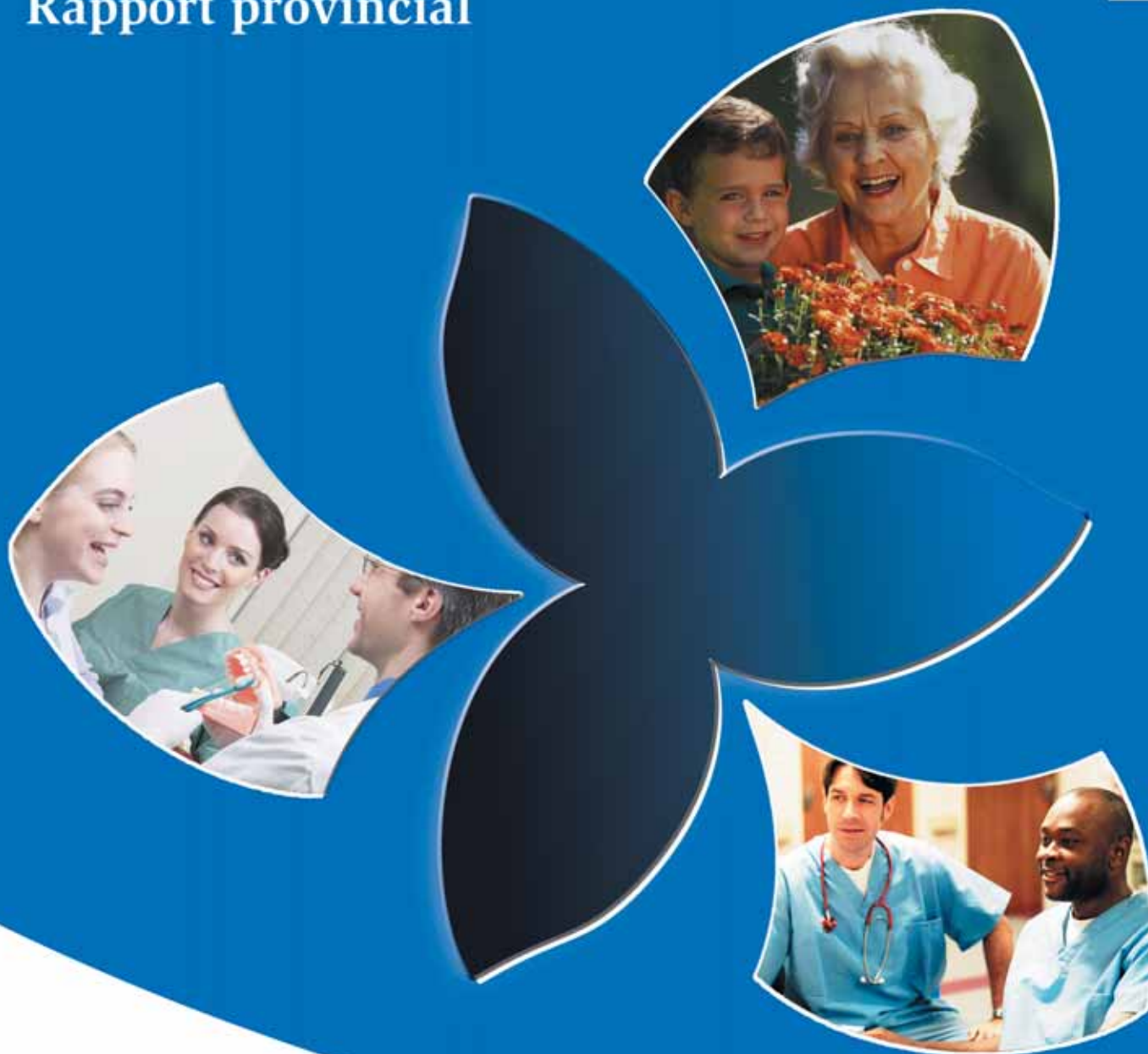


PRÉPARER le TERRAIN

Soins de santé primaires en français en Ontario

2006

Rapport provincial



Réseau francophone
de Santé du
Nord de l'Ontario



Réseau de santé en français
du Moyen-Nord de l'Ontario



Réseau franco-santé
du Sud de l'Ontario



Réseau des services
de santé en français
de l'Est de l'Ontario



TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	5
1. Introduction	9
a) Le projet <i>Préparer le terrain</i>	9
b) La Société Santé en français et les Réseaux de santé en français en Ontario	10
c) L'approche <i>Préparer le terrain</i> en Ontario	12
2. Contexte des soins de santé primaires	13
a) Tendance internationale	13
L'Organisation mondiale de la Santé	13
b) Tendance nationale	14
Les soins de santé primaires au Canada	14
c) Tendance provinciale	16
La transformation du système de santé	16
Les modèles de prestation de soins de santé primaires	19
3. Les services de santé en français en Ontario	20
a) Langue, culture, accès et qualité	20
b) Toile de fond juridique	22
c) L'état de santé de la population francophone en Ontario	24
4. Faits saillants des analyses régionales	25
a) Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario	25
b) Réseau de santé en français du Moyen-Nord de l'Ontario	26
c) Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario	27
d) Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario	29

5. Un point de départ pour les soins de santé primaires en français	32
Constats provinciaux : les axes stratégiques	32
1) Les lieux d'accès	33
2) Les ressources humaines	34
3) La promotion et la prévention	35
4) La planification des services	36
Conclusion	37
Bibliographie	38

Acronymes principaux utilisés dans ce document :

CNFS	Consortium national de formation en santé
CSC	Centres de santé communautaire
ESF	Équipes Santé familiale
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RLISS	Réseaux locaux d'intégration des services de santé
SSF	Société Santé en français
SSP	Soins de santé primaires



SOMMAIRE

En 2001, le *Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire* avait posé un premier regard sur les soins de santé primaires (SSP) en français et avait fait ressortir des lacunes importantes d'accès aux services partout au Canada.

Dans le but d'améliorer la situation, cinq grands leviers d'intervention ont été proposés dont la création de dix-sept réseaux dans les provinces et territoires du Canada. Ces derniers travaillent à améliorer l'accès à des services de santé en français dans toutes les provinces et territoires où le français n'est pas la langue de la majorité de la population. Soutenus par la Société Santé en français (SSF), les réseaux s'appuient sur la concertation de cinq groupes de partenaires : les professionnels de la santé, les autorités gouvernementales, les gestionnaires d'établissements de soins, les institutions de formation et les membres de la communauté.

Le projet national *Préparer le terrain* (PLT), dirigé par chaque réseau, vise à appuyer la planification des soins de santé primaires en français dans toutes les régions du Canada dans le but d'améliorer l'accès pour les francophones. Le projet PLT entend offrir aux instances décisionnelles du système de santé des données et des analyses qui alimenteront le développement à court, à moyen et à long terme de services de santé de qualité en français.

En Ontario, quatre réseaux ont été créés, soit dans le Nord, le Moyen-Nord, le Sud et l'Est¹. Les Réseaux ont choisi de concentrer leur analyse sur les besoins et les priorités régionales, tout en offrant une vue d'ensemble du contexte provincial. Le présent document, *Rapport provincial*, brosse donc le tableau général de la situation des soins de santé primaires pour la population francophone en Ontario et présente les tendances qui sont communes à l'ensemble de l'Ontario. Il pose enfin les bases du développement des services en français à l'échelle provinciale. Les rapports régionaux présenteront les spécificités de chacune des quatre régions.

Le *Rapport provincial* identifie d'abord les grandes orientations des systèmes de soins de santé primaires. Le rapport démontre que la vision

¹. Le Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario, le Réseau de santé en français du Moyen-Nord de l'Ontario, le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario et le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario.

canadienne et celle du gouvernement ontarien sont généralement congruentes. D'ailleurs, que ce soit au niveau international, national ou provincial, les acteurs et les clients du système des SSP s'entendent sur de grands principes. Les soins de santé primaires doivent être : accessibles en termes géographiques, d'horaires, de culture, de langue, de coût et d'ajustements aux diverses capacités des clients. Ils doivent être offerts de façon permanente, continue, confidentielle et respectueuse. Les SSP doivent offrir une continuité relationnelle avec les clients et comprendre un éventail de services, qu'ils soient préventifs, diagnostiques, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de support. Finalement, ils doivent favoriser les partenariats entre les institutions clés dans la communauté.

Le *Rapport provincial* souligne aussi l'importance du lien entre les barrières linguistiques ou culturelles et l'accès à des soins de qualité. La littérature et les meilleures pratiques répertoriées démontrent que lorsque les organismes et les professionnels de la santé ne possèdent pas les compétences culturelles nécessaires pour desservir une population donnée, l'accès aux services est déficient, la qualité des soins tend à diminuer et ultimement l'état de santé de cette population en souffre.

En Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a entrepris une vaste refonte de la façon dont les soins de santé primaires seront gérés et offerts. Cette refonte s'appuie sur quatre volets : la mise sur pied de Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), la création d'équipes Santé familiale (ESF), la mise en œuvre d'une Stratégie de réduction des temps d'attente et le développement d'un Cadre de gestion de l'information.

La récente *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* concrétise le premier volet de la stratégie provinciale, soit la création des RLISS. Elle stipule que les services de santé en français feront l'objet d'une attention particulière. La Loi prévoit à cet effet la création d'un conseil consultatif provincial ayant pour objet d'aviser le ministre de la Santé quant aux services de santé offerts aux francophones et la participation active d'« entités de planification francophones » dans le processus de planification des RLISS.

Sur le terrain, les quatre réseaux ont relevé les faits saillants des besoins de la population francophone locale en ce qui a trait aux soins de santé primaires. Dans toutes les régions, on signale d'importantes variations dans la disponibilité des services de santé en français, un manque de professionnels de la santé bilingues, des difficultés de recrutement et de maintien en poste des professionnels bilingues, un manque de coordination et d'aiguillage pour maximiser l'utilisation de ces services par les francophones et un manque de suivis pertinents. Dans toutes les régions, on retrouve également un manque aigu de services de promotion de la santé ou de prévention de la maladie en français. Et partout en province, on déplore le fait que la planification des services en français par les différentes instances gouvernementales se fasse sans la participation de la communauté francophone.

Le projet PLT entend offrir aux instances décisionnelles des analyses qui alimenteront le développement de services de santé de qualité en français.

L'ensemble des résultats recueillis sur le terrain et l'analyse des différents contextes ont mené à l'identification de quatre axes stratégiques provinciaux :

- 1) Les lieux d'accès
- 2) Les ressources humaines
- 3) La promotion et la prévention
- 4) La planification des services

En premier lieu, il faut maintenir et développer des **lieux d'accès** aux services de santé primaires qui sont appropriés aux besoins des francophones. Principalement, ils doivent être gouvernés et gérés par des francophones et soutenus par une communauté engagée. Ces lieux d'accès doivent également favoriser un environnement francophone complet tout au long du cheminement du patient d'un service à l'autre.

De plus, il faut trouver des solutions aux problèmes récurrents de **ressources humaines**. Il faut adopter une approche qui assurera la présence de ressources humaines francophones compétentes, tout en assurant que ces ressources reçoivent la formation et le suivi nécessaire pour les conserver pendant une période raisonnable. Entre autres, il faut viser l'établissement de programmes collégiaux et universitaires complets en français dans les différents domaines de la santé, et ce, afin de favoriser le recrutement et le maintien en poste des jeunes francophones.

Il faut également élaborer et mettre en œuvre des services de santé qui sont adaptés aux spécificités culturelles et linguistiques de cette communauté, axés sur les déterminants de la santé. Il est indéniable qu'une stratégie de santé à long terme repose en partie sur **la promotion et la prévention** dans le but d'améliorer de façon marquée la santé de la population francophone. Ces programmes devront être financés adéquatement et s'inspirer d'une vision globale de la santé.

Enfin, pour assurer une intégration et une utilisation optimales des ressources en soins de santé primaires en français, il faut mettre l'accent sur **la planification des services**. Une telle planification doit s'appuyer sur un véritable partenariat entre les professionnels de la santé, les institutions de santé, les gouvernements et la communauté. Il faut aussi y prévoir des mesures de responsabilisation et l'accès à des données pertinentes sur l'utilisation du système de santé.

Les quatre axes stratégiques décrits ci-dessus forment la base d'une planification à long terme efficace et pertinente des soins de santé primaires en français en Ontario. Il est nécessaire de travailler à ces quatre axes simultanément et de le faire en partenariat avec les acteurs clés du système de santé et ses usagers. La qualité et la pertinence du développement des soins de santé primaires en français ne peuvent se réaliser sans la participation et l'engagement de la communauté francophone.





1. Introduction

Recevoir des services de qualité dans sa langue pour les quelques 540 000 francophones ontariens en milieu minoritaire est un défi constant. En 2001, le *Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire* avait posé un premier regard sur cette réalité et avait fait ressortir des lacunes importantes d'accès aux services partout au Canada. Il apparaissait évident qu'un approfondissement de la problématique était nécessaire au niveau de chacune des provinces. Les réalités du Nouveau-Brunswick, du Nunavut et de l'Ontario sont peu comparables. C'est dans ce contexte qu'il devenait important de vérifier sur le terrain ce qui se faisait en terme d'offre de services en français afin de pouvoir ainsi mettre de l'avant les pratiques exemplaires et les carences. Il était également nécessaire de pouvoir suggérer aux différents gouvernements des pistes de solution pour améliorer l'accès aux services en français aux endroits où ceux-ci sont déficients. Le projet *Préparer le terrain* s'inscrit dans cette démarche.

a) Le projet *Préparer le terrain*

Préparer le terrain (PLT) est un projet d'envergure nationale initié par la Société Santé en français (SSF) et financé par Santé Canada à partir du Fonds d'adaptation des soins de santé primaires². Ce projet a pour objectif principal d'appuyer la planification de soins de santé primaires en français dans toutes les régions du Canada afin d'améliorer l'accès à de tels services pour les communautés francophones en situation minoritaire. Chaque réseau de santé en français au Canada est responsable de mener à bien ce projet dans sa région, en partenariat avec son gouvernement.

En Ontario, les quatre Réseaux de santé en français travaillent en partenariat afin d'assurer la complémentarité et l'intégration des plans développés. Dans ce but, les quatre Réseaux ont élaboré une approche qui est à la fois commune mais qui respecte les réalités de chacun. Les Réseaux travaillent aussi en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), responsable de la prestation des soins de santé, afin de s'aligner aux priorités provinciales.

². En 2003, le gouvernement fédéral a consacré un financement spécifique aux Communautés minoritaires de langue officielle. C'est à partir de cette enveloppe budgétaire que Santé Canada a mis sur pied le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.

Introduction

- a) Le projet Préparer le terrain9
- b) La Société Santé en français et les Réseaux de santé en français en Ontario10
- c) L'approche Préparer le terrain en Ontario12

Les quatre Réseaux ont élaboré une approche commune qui respecte les réalités de chaque région.

L'un des objectifs concrets les plus importants du projet PLT est de fournir aux preneurs de décisions du système de santé un ensemble d'informations et d'analyses qui faciliteront la prise de décision quant aux meilleures façons d'offrir des services de santé de qualité à la population francophone et qui baliseront le développement de ces services pour les années à venir.

b) La Société Santé en français et les Réseaux de santé en français en Ontario

La Société Santé en français a été créée en décembre 2002 dans le but de promouvoir le développement de la santé en français pour les communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire au Canada. La SSF soutient le réseautage, l'organisation des services, le développement et l'utilisation appropriée des technologies de pointe en santé³.

L'action de la SSF et de ses réseaux membres s'appuie sur la concertation de cinq partenaires clés, notamment les professionnels de la santé, les autorités gouvernementales, les gestionnaires d'établissements de soins, les institutions de formation et les organismes communautaires.

La SSF, c'est aussi le point de rencontre de 17 réseaux régionaux, provinciaux et territoriaux au Canada œuvrant à la concertation des partenaires intéressés à améliorer l'accès à des services de santé en français dans toutes les provinces et territoires où le français n'est pas la langue de la majorité de la population.

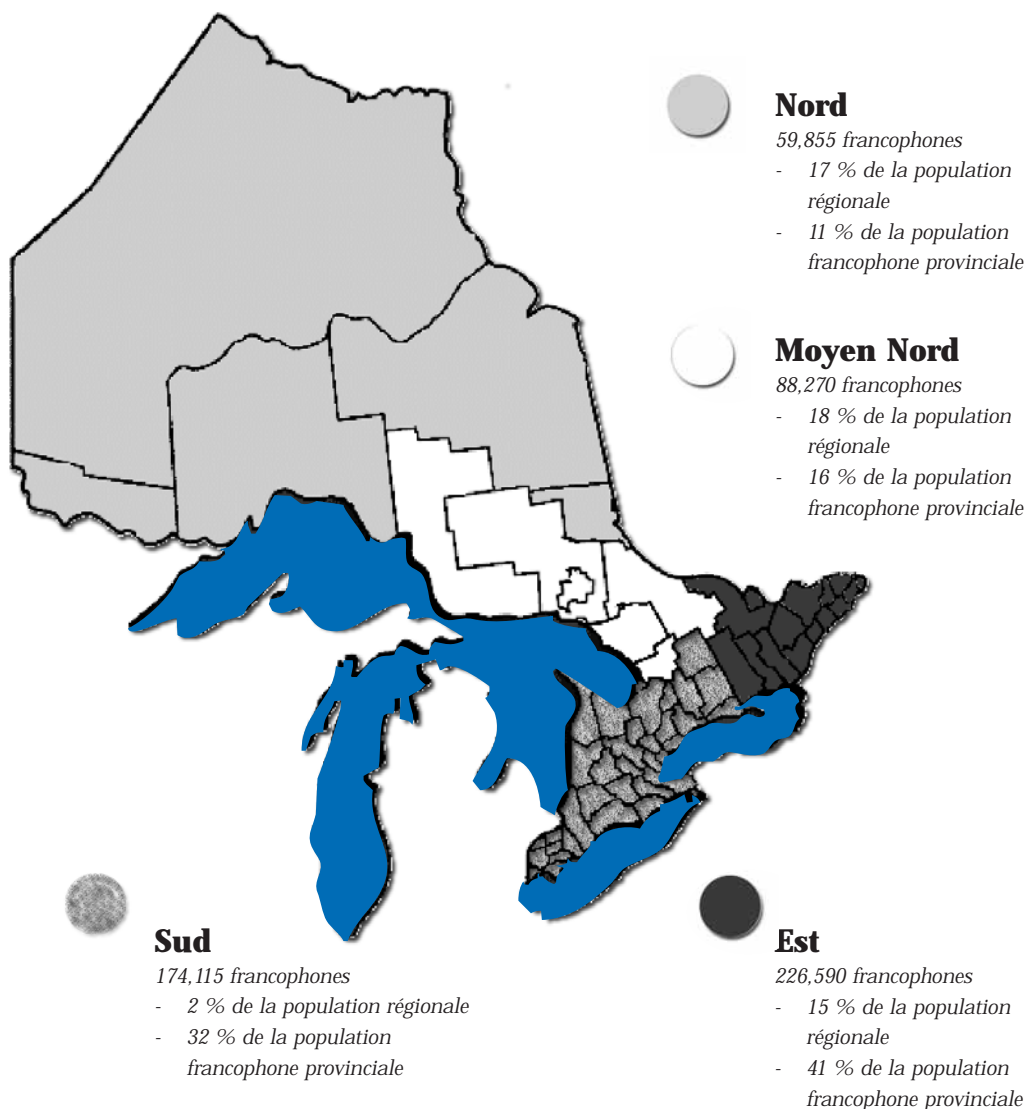
Ces réseaux ont pour mandat principal d'établir des stratégies d'amélioration de l'accès aux services de santé en français dans leurs régions respectives. Pour ce faire, ils travaillent, entre autres, à la concertation et à la coordination des acteurs clés, à l'engagement de leurs communautés, à la définition des besoins locaux spécifiques, à promouvoir les carrières en santé auprès des jeunes, ainsi qu'à favoriser le regroupement des professionnels de la santé.

En Ontario, quatre réseaux affiliés à la SSF ont reçu le mandat de mener à bien le projet :

- Le Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario
- Le Réseau de santé en français du Moyen-Nord de l'Ontario
- Le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario
- Le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario

La carte qui suit présente les territoires couverts par l'ensemble des réseaux⁴.

Répartition des réseaux de santé selon la géographie et la démographie



⁴ Le Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario comprend les districts de Cochrane, Rainy River, Kenora, Timiskaming et Thunder Bay. Le Réseau de santé en français du Moyen-Nord de l'Ontario comprend cinq districts, soit ceux d'Algoma, de Parry Sound, de Muskoka, de Nipissing et de Sudbury. Le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario couvre un territoire allant de Windsor à Peterborough, et du Lac Érié à la Baie Georgienne. Et le Réseau des services de santé en français de L'Est de l'Ontario couvre les districts de Stormont, Dundas et Glengarry, les Comtés Unis de Prescott et Russell, le comté de Renfrew et Ottawa.



Introduction

- a) Le projet Préparer le terrain9
- b) La Société Santé en français et les Réseaux de santé en français en Ontario10
- c) L'approche Préparer le terrain en Ontario12

PLT est une première étape exploratoire dans la réflexion concernant l'accès des soins de santé primaires en français en Ontario.

c) L'approche *Préparer le terrain* en Ontario

En Ontario, *Préparer le terrain* est un projet s'appuyant sur le travail des quatre Réseaux de santé en français. Comme il est important de proposer un plan cohérent et intégré, il fut décidé de travailler conjointement sur l'ensemble des dossiers. En fait, le travail de chaque Réseau est intégré à un plan provincial des soins de santé primaires en français, tout en tenant compte des réalités de chacun.

Pour assurer cette cohérence, il a fallu développer des définitions communes. Une définition de soins de santé primaires a été retenue, en accord avec l'examen des contextes international, national et provincial⁵. Les soins de santé primaires ont été définis comme étant des services possédant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

- ils sont universellement accessibles;
- ils constituent souvent le premier point d'accès au système de la santé;
- ils comprennent un ensemble de services courants tels que des services de promotion de la santé, de prévention des maladies, des services diagnostiques, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de support; et
- ils sont axés vers la communauté.

Comme l'objet de la recherche touchait les services aux francophones, nous avons défini francophone comme étant une personne qui indique le français comme langue maternelle (première langue apprise et encore comprise) ou une personne qui n'a ni le français, ni l'anglais comme langue maternelle mais pour qui le français est la première langue officielle parlée.

La présentation des résultats comprend deux rapports distincts : le *Rapport provincial* et les rapports régionaux⁶. Le *Rapport provincial* est le même pour chaque réseau, tenant lieu de première partie pour chacun des rapports régionaux. Il est important de bien comprendre que le *Rapport provincial* est une partie intégrale et nécessaire à la compréhension des rapports régionaux et que les analyses et les recommandations faites dans le *Rapport provincial* découlent principalement des recherches sur le terrain effectuées dans chaque région.

PLT est une première étape exploratoire dans la réflexion concernant l'accès des soins de santé primaires en français en Ontario. Le présent document se veut un regard provincial sur la problématique des services de santé en français. Afin de bien cerner la problématique des soins de santé en milieu minoritaire, il se penche d'abord sur le contexte de soins de santé primaires au niveau international, national et provincial. Ensuite, il traite du contexte actuel des services de santé en français en Ontario et de l'offre de soins de santé primaires en français. Il analyse les liens entre la langue, la culture, l'accès aux services et la qualité des services offerts. Il pose un regard général sur les éléments juridiques entourant l'offre de services aux francophones en Ontario. Il dresse un bref portrait de l'état de santé des

⁵ Cette analyse se retrouve plus loin dans le texte.

⁶ Les rapports régionaux comprennent trois grandes parties : le bilan des services de santé, l'exploration des options et des modèles, et le plan d'action et les recommandations à portée régionale.

francophones. Enfin, il fait ressortir les principales données à portée provinciale provenant de chacune des régions de la province pour proposer certains axes stratégiques qui devraient faire partie des éléments importants dans le développement futur des services en français en Ontario.

2. Contexte des soins de santé primaires

a) Tendances internationale

L'Organisation mondiale de la Santé

Le concept de soins de santé primaires existe depuis longtemps, mais c'est lors d'une conférence internationale de l'OMS tenue en 1978 à Alma-Ata que celui-ci s'est précisé et que plusieurs pays en ont reconnu l'importance. L'approche des soins de santé primaires a alors été définie comme étant une approche holistique de la santé qui reconnaît l'influence des facteurs sociaux, économiques et environnementaux sur le mieux-être des personnes. L'OMS définit la santé « non seulement comme l'absence de maladie, mais aussi comme un état de bien-être complet physique, mental et social »⁷. Cette définition souligne l'aspect pluridimensionnel de la santé et englobe tous les facteurs qui peuvent influencer la santé d'un individu : les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels. Les soins de santé primaires constituent donc le premier contact d'un individu avec le système de santé. Plus que cela, la Déclaration d'Alma-Ata⁸ souligne qu'il est important que les communautés prennent en main leur santé :

« Les soins de santé primaires [...] exigent et favorisent au maximum l'auto responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer. »

Selon l'OMS, les soins de santé primaires (SSP) comprennent cinq volets principaux : la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins curatifs et palliatifs, les soins de réadaptation et les services de suivi. Les principes de soins de santé primaires incluent l'accessibilité, la participation du public, la promotion de la santé, la technologie appropriée et la coopération interdisciplinaire et intersectorielle. L'accessibilité signifie que les divers types de soins de santé sont universellement disponibles à tous les clients indépendamment de la région où ils résident, c'est-à-dire que les clients recevront les soins appropriés du fournisseur de soins de santé dans un délai raisonnable. Ce principe d'accessibilité peut être opérationnalisé de façon plus efficace en amenant les collectivités à définir et à gérer les services de soins de santé nécessaires. Les soins de santé primaires sont efficaces pour répondre aux

⁷. Site internet de l'OMS au www.who.int/fr

⁸. Site internet du Comité des Yvelines d'Éducation pour la Santé (CYES) au http://www.cyes.info/themes/promotion_sante/declaration_alma-ata.php



Contexte des soins de santé primaires

a) Tendances internationale	13
L'Organisation mondiale de la Santé	13
b) Tendances nationale	14
Les soins de santé primaires au Canada	14
c) Tendances provinciales	16
La transformation du système de santé	16
Les modèles de prestation de soins de santé primaires	19

En ce qui a trait aux soins de santé, les valeurs des Canadiens et Canadiennes sont l'universalité, l'accessibilité, la transférabilité, l'intégralité et la gestion publique.

besoins de divers groupes de clients, d'individus et de populations en passant par les familles et les collectivités.

À l'échelle internationale, l'OMS recense depuis quelques années des tendances communes à l'égard des objectifs de développement des soins de santé primaires :

- la proximité : les SSP doivent être près des populations qu'ils desservent;
- l'accessibilité : les SSP doivent être facilement accessibles sur une base plus que géographique, mais également en termes d'horaires (24/7), de langue, de culture et de coût;
- l'approche globale : telle que définie par l'OMS, la santé est tributaire d'un ensemble de facteurs;
- l'éventail de services : les populations doivent avoir accès à des services préventifs, diagnostiques, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de support;
- les services de première ligne doivent servir de « porte d'entrée » au système de santé;
- les SSP doivent offrir une continuité relationnelle avec les usagers de services;
- les SSP doivent être pertinents, sécuritaires, respectueux et confidentiels; et
- les SSP doivent assurer des partenariats avec les autres institutions communautaires telles que les écoles, les milieux de travail, etc.

b) **Tendance nationale**

Les soins de santé primaires au Canada

Comme au niveau international, les soins de santé primaires sont un dossier prioritaire au niveau national. Le gouvernement canadien s'en préoccupe depuis les années 1970. Ceci a toutefois culminé en septembre 2000, quand les premiers ministres du Canada, des provinces et des territoires ont adopté un plan d'action en vue de renouveler le système de santé tout en s'engageant à commencer par la réforme des SSP. Suite à cet accord, tous les gouvernements du pays ont mis en œuvre des réformes importantes ayant pour but d'améliorer la qualité, l'accessibilité et la viabilité du système de santé. En même temps, les premiers ministres ont reconfirmé leur engagement envers les cinq principes représentant les valeurs des Canadiens et Canadiennes en ce qui a trait aux soins de santé, soit l'universalité, l'accessibilité, la transférabilité, l'intégralité et la gestion publique.

Par la suite, plusieurs commissions ont été mises sur pied et ont produit de nombreux rapports et études faisant l'évaluation du système de santé et/ou proposant des avenues de renouvellement. Mentionnons, entre autres, au niveau national, le rapport Kirby et celui de la Coalition canadienne de la santé; en Ontario, la *Stratégie pour la réforme des soins primaires*; et le rapport Clair au Québec.

En avril 2001, Roy Romanow a reçu comme mandat « d'examiner le régime d'assurance santé, d'entamer un dialogue national sur l'avenir de ce

régime et de formuler des recommandations en vue d'en améliorer la qualité et la viabilité »⁹. Le rapport final de M. Romanow (2002) suggère que « les Canadiens devraient avoir accès à un continuum intégré de soins de santé 24 heures sur 24, sept jours par semaine, peu importe l'endroit où ils vivent ». Les lacunes principales qui ressortent du rapport de la Commission comprennent des listes et des temps d'attente trop longs, un manque de techniques diagnostiques, l'achat insuffisant de matériel médical approprié et des difficultés par rapport à la formation des professionnels de la santé, notamment former et retenir les professionnels de la santé dans les régions les plus démunies.

Cependant, plusieurs autres thèmes ont été soulevés lors des sondages et des consultations menés par la Commission Romanow, notamment la nécessité de mettre plus d'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, le désir des individus d'établir une relation de confiance de longue durée avec un professionnel de la santé, le besoin de développer une première ligne de service forte et accessible et l'exigence d'avoir un système de santé primaire complet et efficace. En somme, la question de la continuité et de la coordination des soins et des services ainsi que la relation de réciprocité entre la santé individuelle et la santé de la population constituent des éléments essentiels qui ont été soulevés lors des consultations de la Commission Romanow. Tous ces thèmes touchent directement les soins de santé primaires.

Le rapport Romanow souligne aussi que l'accès aux SSP, ainsi que la promotion de la santé et la prévention des maladies, sont des moyens plus efficaces pour promouvoir le maintien et l'amélioration de la santé que la présence accrue de médecins et d'infirmières. Si les individus ne sont pas conscients de leur propre santé, ils ne peuvent pas participer à l'amélioration de la santé générale de la population.

À la suite du rapport Romanow, les premiers ministres provinciaux et le gouvernement fédéral ont signé, en février 2003, un Accord sur la santé qui fait part des objectifs ayant trait à la réforme des soins de santé au pays. En septembre 2004, ces mêmes dirigeants se sont réunis à Ottawa afin de mettre au point un plan s'échelonnant sur dix ans, connu comme le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*.¹⁰ Ce plan a pour but de renforcer et d'améliorer le système de soins de santé. Trois secteurs prioritaires ont été retenus : la réforme des soins de santé primaires, les soins à domicile et la couverture des médicaments sur ordonnance.

L'Accord de 2003 est un engagement à rendre le système de soins de santé plus transparent et imputable tout en étant abordable. Les trois grands objectifs assurent :

- que tous les Canadiens et Canadiennes aient accès à des soins de santé au moment opportun et ce, en fonction de leurs besoins, peu importe où ils vivent au pays;

⁹. Le rapport est disponible sur le site internet de Santé Canada au www.hcsc.gc.ca/francais/soins/romanow/hcc0403.html

¹⁰. Site internet de Santé Canada au www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index_f.html



Contexte des soins de santé primaires

a) Tendance internationale	13
L'Organisation mondiale de la Santé	13
b) Tendance nationale	14
Les soins de santé primaires au Canada	14
c) Tendance provinciale	16
La transformation du système de santé	16
Les modèles de prestation de soins de santé primaires	19

La santé est déterminée par des facteurs multiples et inter reliés qui doivent être abordés de différentes façons.

- que les services de santé offerts aux Canadiens et Canadiennes soient de qualité supérieure, efficaces et axés sur le patient ou la patiente; et
- que le système de santé soit viable, abordable et fiable à long terme.

Cette réforme englobe non seulement les préoccupations sur le financement et les coûts, mais valorise également une approche axée sur la promotion de la santé et la prévention des maladies et démontre clairement que la santé est déterminée par des facteurs multiples et inter reliés qui doivent être abordés de différentes façons.

Par ailleurs, l'amélioration de l'accès aux soins de santé pour les minorités linguistiques a été discutée et fait l'objet d'un engagement explicite quant à la formation, au recrutement et au maintien en poste des professionnels de la santé pour les communautés francophones en milieu minoritaire. Cet engagement a été confirmé lors de la conférence annuelle fédérale-provinciale-territoriale d'octobre 2004 à Vancouver.

Née de l'accord mentionné ci-haut, la Stratégie nationale des soins de santé primaires vise à soutenir les projets provinciaux et territoriaux en matière de SSP en coordonnant une campagne de sensibilisation nationale, en fournissant des outils adaptés aux besoins provinciaux, et en proposant quatre piliers aux soins de santé primaires :

- Le **travail d'équipe** chez les professionnels des soins de santé, pour réduire les doublons. Les patients/clients sont également membres de l'équipe.
- Un meilleur **partage de l'information** entre les professionnels des soins de santé et un accès accru à l'information pour les Canadiens et Canadiennes qui font appel au système de santé ou qui désirent obtenir des conseils médicaux.
- **L'accessibilité** est primordiale et assure aux Canadiens et Canadiennes des services appropriés au moment et à l'endroit où ils sont requis.
- **Les modes de vie sains** englobent la prévention, le traitement des maladies chroniques, le soutien à la prise en charge par chaque individu de sa propre santé.¹¹

c) **Tendance provinciale**

La transformation du système de santé

Le concept de soins de santé primaires comprend tous les facteurs qui peuvent influencer la santé d'un individu (ex. : facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels). Cela se répercute donc sur le nombre et la variété d'acteurs impliqués ou devant être impliqués dans la livraison de tels services : institutions de santé, organismes communautaires, services sociaux, différents paliers de gouvernement, etc. Sur le plan gouvernemental, la

¹¹. Site internet de Santé Canada au www.soinsdesanteprimaires.ca

question des SSP touche naturellement plusieurs ministères. Le ministère de l'Environnement et le ministère des Services sociaux et communautaires ont tous les deux un très grand impact sur la santé des populations. Le nouveau ministère de la Promotion de la santé est un exemple encore plus éloquent. Il demeure néanmoins que le principal intervenant direct est le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Sans vouloir sous-estimer l'importance des autres acteurs gouvernementaux, le MSSLD est au cœur de la présente analyse.

En Ontario, le MSSLD estime que les soins de santé primaires doivent posséder les caractéristiques suivantes¹² :

- **l'accessibilité** : ce service doit rester le plus proche possible du patient. L'accessibilité maximale doit être garantie, et ce non seulement au niveau géographique, mais aussi culturel et financier;
- **la permanence** : le patient doit pouvoir en permanence se situer correctement sans problème dans la chaîne des soins de première ligne. En d'autres termes, une répartition correcte des postes de consultation et l'existence d'un service de garde effectif 24 heures sur 24 sont indispensables; et
- **la polyvalence** : de petites équipes diversifiées (interdisciplinaires et intradisciplinaires) sont les plus aptes à garantir des soins de première ligne de qualité. Les fournisseurs de soins de première ligne doivent pouvoir offrir des services qui répondent aux caractéristiques fondamentales.

En 2005, le MSSLD a entrepris un processus de transformation en profondeur qui le mènera à changer radicalement son fonctionnement. Ce plan de transformation avait trois objectifs principaux :

- une réduction des délais d'attente pour certains services clés;
- un accès aux soins de santé primaires pour un plus grand nombre d'Ontariens et d'Ontariennes; et
- un système de santé qui vit selon ses moyens.

La transformation vise ainsi plusieurs volets :

- Les **Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)** planifient, coordonnent et financent la prestation des services de santé visant à répondre aux besoins particuliers d'une région.
- Les **équipes Santé familiale (ESF)** 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 travaillant ensemble pour fournir un éventail complet de soins accessibles. Elles transforment la façon dont les patients cheminent au sein du système de santé afin de recevoir les soins dont ils ont besoin. Ces équipes communautaires s'occuperont également de la gestion des soins aux malades chroniques, de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie, grâce notamment à la sensibilisation et au counselling en matière de santé.

¹². Site internet du MSSLD au www.health.gov.on.ca/renouvellement



Contexte des soins de santé primaires

a) Tendances internationale	13
L'Organisation mondiale de la Santé	13
b) Tendances nationale	14
Les soins de santé primaires au Canada	14
c) Tendances provinciale	16
La transformation du système de santé	16
Les modèles de prestation de soins de santé primaires	19

- La **Stratégie de réduction des temps d'attente** permet d'assurer un accès approprié et en temps opportun à certains services clés, soit certains services aux personnes atteintes du cancer, les arthroplasties de la hanche et du genou, certaines chirurgies cardiaques, les chirurgies de la cataracte et les examens d'imagerie par résonance magnétique et de tomodensitométrie.
- Un **Cadre de gestion de l'information** oriente et facilite la planification, la mesure de la performance et les décisions factuelles dans un système de santé réformé.

Deux de ces volets ont un impact direct sur les soins de santé primaires. Les équipes Santé familiale veulent répondre au deuxième objectif de la transformation en favorisant des liens plus étroits avec les médecins dans un contexte multidisciplinaire. La décentralisation des pouvoirs qui se fait avec la naissance d'entités décisionnelles régionales (RLISS) aura aussi des impacts importants sur la capacité des communautés francophones d'influer sur les services de SSP qui leur sont offerts.

Dans le cadre de la mise sur pied des RLISS, le Groupe de travail sur les soins de santé en français en Ontario a reçu du MSSLD le mandat de voir comment, dans le cadre de la transformation du système de santé, on pourrait s'assurer que les droits de la minorité francophone soient respectés et que les décisions touchant les services en français soient prises par des représentants de la communauté franco-ontarienne. Le rapport du Groupe de travail fait plusieurs recommandations, notamment que le rôle des réseaux actuels de santé en français évolue vers leur transformation en RLISS francophones, ayant la pleine et entière responsabilité décisionnelle du développement et du maintien des services de santé en français.¹³ Le rapport recommande également la refonte de la structure bureaucratique au sein du MSSLD et la création d'un poste de sous-ministre adjoint responsable des soins de santé en français.

Récemment adoptée, la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* stipule que les services de santé en français feront l'objet d'une attention particulière dans le développement et la mise en œuvre des RLISS. Pour garantir cette attention, la Loi prévoit la création d'un conseil consultatif provincial qui fournira des conseils au ministre de la Santé et assure la participation active d'« entités de planification francophones » dans le processus de planification des RLISS.

¹³. Rapport du Groupe de travail, sur le site internet du MSSLD au www.health.gov.on.ca/fren/public/pubf/ministry_reports/flhs_06f/flhs_06f.html

Les modèles de prestation de soins de santé primaires

L'Ontario possède plusieurs types de modèles de prestation de soins de santé primaires et ce, à des degrés divers et avec plus ou moins de succès. Plusieurs de ces modèles existent depuis longtemps mais ne sont plus privilégiés par le MSSLD : Réseaux de santé familiale (RSF), Réseaux de soins primaires (RSP), Entente concernant la médecine de groupe dans le Nord (RNPGA) et modèles de contrats communautaires (MCC), Organismes de services de santé (OSS) et les Partenariats de services de santé. Tous ces modèles tentent d'offrir dans un environnement différent des soins de santé primaires à leur population.¹⁴

Plusieurs de ces modèles existent encore dans le système ontarien, mais le MSSLD privilégie maintenant deux types de modèles : les équipes Santé familiale (ESF) décrites auparavant et les Centres de santé communautaires (CSC). Les CSC assurent l'intégration des services sociaux et de santé. Ces organismes sans but lucratif fournissent des soins de santé primaires aux personnes, aux familles et aux collectivités. Leurs équipes travaillent avec les collectivités pour renforcer leur capacité à prendre en main leur santé et leur bien-être. Chaque centre est établi et administré par un conseil d'administration dont les membres sont élus par la collectivité. Les médecins sont employés et salariés et leur nombre varie (trois en moyenne). Des équipes de médecins multidisciplinaires travaillent avec d'autres professionnels tels qu'infirmières praticiennes, diététistes et éducatrices en matière de santé. En Ontario, il existe présentement six centres de santé francophones.

En 2005-2006, le MSSLD a procédé à des appels d'offre et a récemment approuvé plusieurs nouveaux CSC et ESF dont certains offriront des services en français. Il va sans dire que plusieurs autres types d'organisme à tendance plus sectorielle offrent des SSP et assurent souvent la seule présence francophone dans les régions (par ex.: les services d'urgence des hôpitaux, des services intégrés de santé mentale, etc.).



Contexte des soins de santé primaires

- a) Tendance internationale 13
L'Organisation mondiale de la Santé 13
- b) Tendance nationale ... 14
Les soins de santé primaires au Canada ... 14
- c) Tendance provinciale ... 16
La transformation du système de santé 16
Les modèles de prestation de soins de santé primaires 19

¹⁴. Voir présentation de Léonard Aucoin à la Société Santé en français, *Soins de santé primaires et minorités, Synthèses des tendances*, Ottawa, décembre 2005.

3. Les services de santé en français en Ontario

a) Langue, culture, accès et qualité

Pour bien saisir l'importance de la question de la langue dans l'accès aux soins de santé et plus généralement l'influence de cette problématique sur la santé d'une population, il faut en comprendre les différentes composantes ainsi que les conséquences de parler une autre langue dans la prestation des soins. La recherche démontre que le lien entre la barrière linguistique et l'accès aux soins de santé est réel et déterminant. Dans une étude préparée pour Santé Canada en 2001, Sarah Bowen s'est penchée sur le contexte canadien et a fait le tour des documents existants. Elle est arrivée à la conclusion suivante :

« Des éléments convaincants permettent de prouver que les barrières linguistiques ont des répercussions sur l'accès initial aux services de santé et non seulement sur les soins dispensés par les médecins et les hôpitaux. Les patients sont confrontés à des barrières majeures pour accéder aux programmes de promotion et de prévention en matière de santé. »¹⁵

Cette conclusion est corroborée par l'ensemble de la littérature et elle est le reflet de ce que la population minoritaire francophone vit à tous les jours. Si les intervenants en santé ne comprennent pas clairement les patients et que ceux-ci ne se sentent pas à l'aise dans cette relation, ils auront tendance à moins utiliser les services disponibles.

Les études sur l'état de l'accès à des soins en français pour la minorité francophone au Canada et en Ontario sont peu nombreuses. Toutefois, le *Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire* a estimé, en 2001, que plus de 50% de la population francophone minoritaire avait peu ou pas d'accès à des services de santé en français. De plus, le rapport Beaulieu et Lalonde¹⁶ a confirmé que l'Ontario, bien qu'offrant un certain nombre de services en français, n'arrive pas à offrir à sa minorité les services en français dont elle a besoin. Les résultats des recherches menées par le projet PLT vont dans le même sens.

L'état de santé d'une population linguistique minoritaire peut être sérieusement affectée par la barrière linguistique. Le fait de ne pas utiliser les services de santé alors que le besoin existe peut contribuer à un affaiblissement de la santé. Mais au-delà du simple accès, Bowen souligne que la qualité même de la relation intervenant-patient est en cause. Même si le patient utilise le service, le fait qu'il ne peut utiliser sa langue première a des conséquences importantes. Bowen souligne, entre autres, que les barrières linguistiques contribuent possiblement :

¹⁵. *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Voir Bibliographie.*

¹⁶. *Les réseaux de services de santé en français dans le Sud et le Nord de l'Ontario, complété en 2003. Voir Bibliographie.*

La compétence culturelle est perçue comme un atout important et nécessaire qui permet d'offrir des services de qualité et se traduit par une amélioration de la santé.

- à une surutilisation des services de spécialistes;
- à une augmentation des risques d'hospitalisation;
- à une gestion inadéquate des maladies chroniques comme l'asthme ou le diabète;
- au plus grand nombre de réactions négatives aux médicaments;
- à une faible adhérence aux plans de traitement; et
- au non-respect de la confidentialité ou l'obtention de consentement éclairé.

Tous ces résultats découlent des problèmes liés à la communication entre le patient et l'intervenant. En fait, comment un intervenant peut-il agir de façon professionnelle et éclairée lorsqu'il ne maîtrise pas la langue de son patient? Mais lorsque l'on fait référence à la communication, la maîtrise de la langue seule n'est pas garante d'une bonne communication. En fait, la compréhension du contexte permet généralement de donner le sens à la communication. Ce contexte, dans le présent document, se conçoit comme la culture francophone dans toute sa diversité. Bien comprendre le patient, c'est d'abord comprendre la langue qu'il parle mais aussi connaître la culture d'où il provient de façon à interpréter ce qu'il dit.

Des chercheurs en santé aux États-Unis ont développé un concept qui représente bien cette réalité : la compétence culturelle. Celle-ci se définit comme un ensemble de comportements, attitudes et politiques congruents qui s'intègre au sein d'un système, d'une agence ou entre professionnels. Elle permet à ce système, agence ou professionnels de travailler de façon efficace dans un environnement multiculturel. Le mot culture décrit ici un modèle intégré de pensée, d'actions, de communications, de coutumes, de croyances, de valeurs et d'institutions propres à un groupe ethnique, linguistique, social ou religieux. La compétence culturelle est alors perçue comme un atout important et nécessaire qui permet d'offrir des services de qualité et qui ultimement se traduit par une amélioration de la santé d'une population.

Dans la même veine, afin d'offrir des services de qualité à ses minorités, l'*Office of Minority Health*, du *Department of Health and Human Services* du gouvernement américain, a élaboré des normes nationales qu'il a nommé *Culturally and Linguistically Appropriate Services*. Celles-ci regroupent 14 normes qui sont retenues pour évaluer la qualité des services offerts aux minorités. Les études américaines qui ont examiné les résultats de l'application de ces normes ont démontré que les services offerts étaient de meilleure qualité et que les communautés touchées s'occupaient davantage de leur santé.

Le problème de barrière linguistique dépasse largement le niveau de l'intervenant; c'est aussi un problème organisationnel. En effet, ce n'est pas que l'intervenant qui doit posséder les compétences culturelles, mais l'ensemble du personnel des organismes et du système qui offre les services. En effet, si la réceptionniste, l'infirmière ou le préposé aux repas ne parlent pas la langue, les conséquences peuvent aussi être importantes. En fait, souvent la décision de ne pas utiliser le service débute avec la réceptionniste. De la même façon, si le gestionnaire qui planifie et organise les services ne possède



Les services de santé en français en Ontario

- a) Langue, culture, accès et qualité20
- b) Toile de fond juridique .22
- c) L'état de santé de la population francophone en Ontario24

pas les compétences culturelles nécessaires, cela aura des répercussions sur l'organisation de l'offre de ces services aux populations visées. Ceci est encore plus important en contexte de soins primaires où le premier contact est primordial. Le problème d'accès est donc un problème systémique.

Plusieurs déterminants de la santé, selon Santé Canada, sont de nature sociale et culturelle : le revenu et la condition sociale, le réseau de soutien social, l'éducation, l'environnement social, la culture, l'emploi et les conditions de travail. Par conséquent, la langue et la culture influencent indéniablement :

- l'état de santé des individus et de la population, le processus de guérison et les valeurs reliées au bien-être;
- la perception de la santé et de la maladie, de même que de leurs causes, tant par les patients que les professionnels;
- les comportements des individus face à la prise en charge de leur santé et face à leur relation avec les professionnels de la santé; et
- les connaissances qu'ont les individus des services de santé et des autres ressources disponibles.

Les services de santé primaires sont les plus facilement adaptables aux caractéristiques, attentes et préférences des minorités. Ils peuvent être plus près des communautés locales, être plus flexibles, posséder une approche globale de la personne et de sa communauté, ainsi qu'une approche populationnelle. Ils peuvent couvrir plus de 80 % des demandes de services et jouer un rôle de coordination de l'éventail des soins.

b) Toile de fond juridique

Les droits des francophones de l'Ontario remontent à la Constitution créant le Canada en 1867. Les gouvernements du Canada et de l'Ontario ont des obligations constitutionnelles envers la communauté francophone, en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés* et du principe constitutionnel du respect et de la protection des minorités.

La *Loi sur les langues officielles* (LLO), adoptée par le gouvernement fédéral en 1969, contribue à protéger les droits des minorités. Cette loi a pour objectifs, entre autres, d'accorder un statut égal aux deux langues officielles au Parlement et devant les tribunaux qu'il établit, d'engager le gouvernement fédéral à promouvoir le français et l'anglais dans la société canadienne ainsi qu'à collaborer avec les provinces et les territoires en vue de favoriser la vitalité des communautés de langue officielle minoritaire et d'appuyer leur développement.¹⁷

En Ontario, la *Loi sur les services en français*, adoptée en 1986, est entrée en vigueur en 1989. Cette loi, en vertu d'un processus de désignation qui tient compte du nombre de francophones dans une région donnée, assure à la population francophone un droit à des services en français.¹⁸ À l'heure actuelle, il y a 24 régions en Ontario qui sont désignées pour offrir des services en français, ce qui veut dire que les francophones dans les régions désignées ont droit à des services en français, y compris les services de santé qui sont financés par le gouvernement ontarien. Cela étant dit, il y a certaines limites à cette loi. Par exemple, les organismes gérés par les municipalités (y compris les maisons de soins de longue durée municipales) sont exempts de la Loi, de même que les médecins de famille en pratique privée et les bureaux de santé publique. Seuls les organismes désignés en vertu de la Loi sont redevables au gouvernement face à l'offre des services en français. Il faut aussi savoir que la loi ne prévoit aucun recours advenant qu'un organisme identifié pour l'offre de services en français ne rencontre pas ses obligations.

Les tribunaux ont contribué à clarifier les lois entourant les droits des francophones. Certaines des décisions juridiques éclaircissent les exigences de la mise en œuvre de services liés à la santé des membres de communautés francophones minoritaires. En 1999, une décision de la Cour suprême du Canada a précisé la méthode d'interprétation des droits linguistiques. Depuis l'arrêt Beaulac, les tribunaux se doivent de donner une interprétation large et libérale aux droits linguistiques, de façon à favoriser le maintien et l'épanouissement des collectivités de langues officielles minoritaires.

Plus récemment, l'arrêt Montfort a eu un grand impact sur les droits des francophones en Ontario à recevoir des soins de santé dans leur langue. En effet, dans sa décision du 7 décembre 2001, la Cour d'appel de l'Ontario a accordé beaucoup de poids à l'esprit autant qu'au libellé de la *Loi sur les services en français*¹⁹. En fait, elle a affirmé que la *Loi sur les services en français* jouit d'un statut « *quasi-constitutionnel* ».²⁰ L'importance de cette déclaration de la cour d'appel est que la *Loi sur les services en français* a préséance sur toute autre loi adoptée par l'Assemblée législative.

Dans les faits, le gouvernement ontarien et toute agence ou groupe mandaté pour l'aviser ou pour mettre en œuvre les politiques doivent tenir compte des droits légaux et constitutionnels des francophones, et respecter ces droits dans l'élaboration et la mise en œuvre de toutes les politiques et les programmes.

¹⁸. Site internet de l'Office des affaires francophones au www.ofa.gov.on.ca

¹⁹. Site internet des Cours de justice de l'Ontario au www.ontariocourts.on.ca/decisions/2001/december/lalondeC33807fr.htm

²⁰. Voir *La voie à suivre – Document préliminaire pour le groupe de travail franco-ontarien sur la transformation du système de santé de l'Ontario* par *Gérald Savoie (2005)*, Ottawa.



Les services de santé en français en Ontario

- a) Langue, culture, accès et qualité20
- b) Toile de fond juridique .22
- c) L'état de santé de la population francophone en Ontario24

c) L'état de santé de la population francophone en Ontario

Connaître l'état de santé d'une population n'est pas chose facile. Dans le cas d'une minorité, ceci est encore plus complexe. Souvent, les données nécessaires ne sont pas disponibles. L'Ontario commence, avec certaines recherches, à explorer cette problématique.

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. Il ressort des données de ce deuxième rapport que les francophones n'ont généralement pas une perception positive de leur état de santé. Par contre, plus de la moitié des francophones affirment avoir fait « quelque chose » pour améliorer leur santé, particulièrement de l'exercice, du sport ou de l'activité physique. Chez les francophones, le taux de maladies chroniques (emphysème, bronchite chronique, asthme, hypertension artérielle, diabète, maladies cardiaques) et de blessures graves augmentent généralement avec l'avancement en âge et diminuent avec l'augmentation du revenu.

Depuis le premier rapport (2000), on remarque chez les francophones une hausse des taux de consultations professionnelles, des taux de dépression et du stress au travail. Les résultats indiquent aussi que l'état de santé des femmes francophones est moins bonne que celle des hommes francophones : elles consultent davantage, ont un taux de dépression plus important et évaluent leur stress au travail à un niveau plus élevé.

Bien que le deuxième rapport présente un portrait général de la santé de la population francophone au début du millénaire, il reste beaucoup de travail à faire. Il faut reconnaître la nécessité de tenir compte de l'état de santé d'une population lors de la planification des politiques et des services en santé. Sans cette connaissance, il est difficile de développer les services qui mèneront à une amélioration de la santé de la population francophone.

Les francophones n'ont généralement pas une perception positive de leur état de santé.

4. Faits saillants des analyses régionales

La recherche de PLT, basée sur les consultations, les entrevues et les sondages menés par les quatre réseaux, a permis de rencontrer un échantillonnage des acteurs clés dans le domaine de la santé en français, soit les organismes offrant des services en français, les patients francophones, les communautés, les autorités gouvernementales, les experts et les professionnels du domaine de la santé. Les discussions lors de ces rencontres ont fait ressortir certains éléments importants présentés dans les faits saillants régionaux suivants.

a) Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario

Pour la région desservie par le Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario, des lacunes importantes sont ressorties tout au long de la recherche en ce qui concerne l'offre de services de santé en français. Selon les données recueillies, le niveau de services de santé en français dans le Nord de la province semble être proportionnel au volume de la population francophone et au niveau de gestion par des francophones.

Parmi les éléments qui ont eu un effet positif dans l'offre des services en français, on identifie l'augmentation des efforts de recrutement de personnel bilingue, l'augmentation de personnel bilingue et l'augmentation du niveau de gestion francophone.

En ce qui a trait aux **lieux d'accès** aux services de santé en français, il est apparu clairement que ceux-ci étaient insuffisants pour répondre aux besoins de la communauté. Ceci est encore plus accentué dans le Nord-Ouest de la province. On identifie plus spécifiquement trois défis ou besoins spécifiques : l'absence d'un continuum de services disponibles et des services d'aiguillage peu efficaces; le manque de services en général et pour des besoins spécifiques; et la pauvreté des partenariats et du réseautage. Pour remédier à ces défis, on propose les facteurs suivants comme essentiels : une offre de service proactive; une sensibilisation accrue de la population et des organismes, de meilleures promotions et communications; un répertoire des services, des partenariats et de la coopération; et une augmentation sensible du niveau de services.

Les **ressources humaines** présentent des défis particuliers : un manque de professionnels bilingues, une formation adaptée aux besoins locaux et un engagement des jeunes dans le secteur de la santé. Comme éléments de solutions, on propose : une stratégie de recrutement et d'encouragement efficace pour les professionnels bilingues avec la participation active de la communauté; une campagne de maintien en poste du personnel bilingue; une augmentation de la présence des francophones dans les programmes médicaux postsecondaires par le biais de promotion et d'encouragement; une augmentation de l'offre locale de cours de formation en langue; et une sensibilisation des jeunes francophones aux perspectives offertes dans le secteur de la santé ainsi que du rôle qu'ils pourraient jouer à améliorer notre société.



Faits saillants des analyses régionales

- a) Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario25
- b) Réseau de santé en français du Moyen-Nord de l'Ontario26
- c) Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario ..27
- d) Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario ..29

À propos de la **promotion et de la prévention**, il faut déplorer la quasi absence d'une vision de promotion et de prévention dans la planification actuelle des organismes et des communautés. Il faudrait un développement d'une vision globale avec la participation de la communauté. Il serait également important de conscientiser la communauté à l'importance des différences culturelles, qui devraient être perçues comme une valeur ajoutée avec le potentiel d'améliorer la santé de la population.

Finalement, la **planification des services** est affectée de façon négative par l'absence d'un continuum de services, de la non-participation des francophones dans la gestion des services existants, du manque de ressources financières adéquates et des questions de responsabilisation. Il est primordial, pour assurer une planification optimale, d'y consacrer les ressources financières nécessaires, de mettre en œuvre des procédures de responsabilisation et de favoriser la coopération et les partenariats, ainsi que la mise en place de services d'interprétation en vue d'une offre de services proactive.

b) Réseau de santé en français du Moyen-Nord de l'Ontario

Dans l'ensemble du Moyen-Nord, un grand nombre de lacunes ont été identifiées en ce qui concerne la disponibilité (i.e. lorsque l'offre est inexistante ou à peu près inexistante) des services de santé primaires en français et des **lieux d'accès** qui les soutiennent. Ces lacunes sont plus prononcées dans les services suivants : médecine familiale, services de santé mentale et de toxicomanie, services d'orthophonie, services diététiques et services de santé pour les enfants. Les régions éloignées et les petits centres comptent parmi les plus défavorisés en ce qui concerne la disponibilité des services.

Des difficultés ont également été constatées sur le plan de l'accès aux services de santé en français (c'est-à-dire lorsque des services en français sont offerts mais qu'ils sont insuffisants pour répondre à la demande). Par exemple, dans certains organismes, il n'y a pas suffisamment de professionnels de la santé francophones pour desservir les francophones. Dans d'autres instances, les usagers souhaitant recevoir des services en français doivent attendre plus longtemps pour avoir accès à des services parce que les professionnels francophones sont déjà occupés à soigner d'autres patients. Les longues listes d'attente présentent des obstacles à l'accès aux services de santé en français.

La complexité du système de santé et le chevauchement des mandats des organismes qui livrent les services rendent parfois difficile l'accès aux services de santé, et ce, de manière plus prononcée pour les services en français. Le manque de coordination et d'intégration du système de la santé a également été identifié comme étant un élément réduisant l'accès aux services de santé en français. Ainsi, lors des consultations communautaires, il a été mentionné à plusieurs reprises que les organismes offrant des services similaires ou apparentés ne travaillent pas suffisamment en partenariat. Plusieurs des lacunes soulevées sur le plan de l'accès à des soins de santé primaires en français relèvent de la question des **ressources humaines** francophones. Un des principaux problèmes soulevés touche le nombre de professionnels

Les longues listes d'attente présentent des obstacles à l'accès aux services de santé en français.

francophones. En effet, leur nombre serait insuffisant pour rencontrer les besoins de la communauté. Le manque de professionnels francophones est encore plus marqué du côté des médecins de famille et des orthophonistes.

Le manque de coordination et la dilution des ressources humaines francophones sont des défis qui pourraient être relevés par la concentration des services. Cette problématique est également amplifiée par le manque d'information sur le nombre de professionnels francophones, leur distribution sur le territoire et leur champ d'expertise. En outre, plusieurs difficultés ont été signalées sur le plan du recrutement des professionnels de la santé francophones ainsi que sur le plan du maintien en poste de ces derniers.

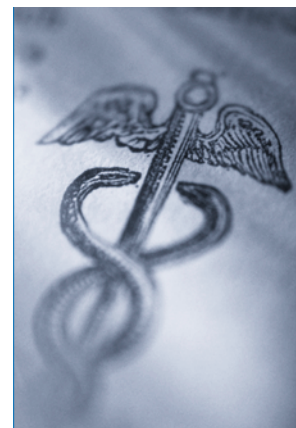
Plusieurs lacunes ont également été décelées sur le plan de la formation de base disponible en français (par ex. : connaissance insuffisante des besoins et abolition de programmes clés) ainsi que sur le plan de la formation continue (par ex. : connaissance des besoins et information en regard des programmes disponibles). Les programmes de **promotion** de la santé et de **prévention** des maladies n'occupent pas la place qu'ils devraient avoir dans le système de santé. La disponibilité de ces services est souvent déficiente et ce, de manière plus prononcée pour les francophones. En outre, les communautés situées à l'extérieur des grands centres sont souvent défavorisées en regard de l'offre de programmes de promotion et de prévention comparativement aux grands centres. L'augmentation de l'accès à des programmes de promotion et de prévention culturellement et linguistiquement appropriés est jugée essentielle pour certains groupes vulnérables tels que les enfants et les aînés.

Finalement, des déficiences ont été soulignées sur le plan de la **planification des services** de santé en français. En effet, le manque de données quantitatives et consistantes pour les francophones (par ex. : utilisation des services), sur les services en français (par ex. : services disponibles) et sur les professionnels de la santé francophones (par ex. : leur nombre, leur spécialité, leur fonction et leur localisation) impose des limites importantes à tout effort de planification des services de santé en français.

c) Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario

Les 175 000 francophones du Sud de l'Ontario sont dispersés sur 27 divisions de recensement et perdus dans une population totale de plus de 9 millions. Pour le projet PLT, le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario a centré ses efforts sur 12 régions de recensement où habitent 90 % des francophones du territoire. Parmi ces régions, on retrouve des grands centres urbains comme Toronto, Mississauga, Hamilton, London et Windsor et des régions rurales relativement isolées comme celles des municipalités de Niagara et de Chatham-Kent, et des comtés de Simcoe et d'Essex. De la population francophone du Sud, 43 % vivent dans des régions non désignées en vertu de la *Loi sur les services en français*.

Le Sud se démarque aussi par la grande diversité de sa population. La majorité des francophones appartenant à une minorité raciale se trouve



Faits saillants des analyses régionales

- a) Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario25
- b) Réseau de santé en français du Moyen-Nord de l'Ontario26
- c) Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario ..27
- d) Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario ..29

On connaît mal et on utilise mal les ressources humaines francophones existantes.

dans les grands centres urbains du Sud. On y trouve également une forte proportion de francophones nés à l'extérieur de la province.

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 divisions de recensement étudiées, neuf sont identifiées comme régions insuffisamment desservies. L'accès aux services de santé est donc un problème global, encore plus en français et en région rurale. Parmi les besoins prioritaires, 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. Comme ailleurs, les longues listes d'attente et les difficultés d'aiguillage vers des services en français ont souvent été évoquées. Ces constatations sont symptomatiques non seulement de pénuries mais aussi d'un manque de connaissance du système et des ressources disponibles en français ainsi qu'une absence d'intégration et de coordination de ces ressources.

Parmi les pistes de solution, la création de **lieux d'accès**, virtuels ou réels, a souvent été recommandée – des lieux d'accès bâtis à partir de ressources existantes et en partenariat, munis d'une bonne connaissance de tous les services et ressources disponibles en français, peu importe où ils se trouvent. Ces lieux doivent être bien intégrés au système de santé ainsi qu'à d'autres systèmes (éducation, services sociaux, petite enfance), adaptés aux besoins locaux et capables à la fois d'offrir des soins primaires et d'aider leurs clients à naviguer un système de santé très complexe. Une approche globale à la santé et la multidisciplinarité sont d'autres facteurs essentiels.

Les **ressources humaines** sont un élément clé de toute amélioration de l'accès aux services de santé en français. Partout dans le Sud, on a noté une pénurie de professionnels de la santé. Les médecins de famille, les infirmières praticiennes, les infirmières, les orthophonistes et les travailleurs sociaux sont les plus recherchés. Un autre aspect du problème est le fait que l'on connaît mal et que l'on utilise mal les ressources humaines francophones existantes. Les professionnels francophones ne sont pas bien répertoriés et il n'existe aucun mécanisme formel de coordination, d'aiguillage ou de jumelage.

On a aussi constaté des problèmes liés à la formation de base et continue des professionnels et au recrutement et au maintien en poste de ces professionnels. Dans le Sud, il existe un seul programme de formation de base et très peu de formation continue en français. Trop souvent les jeunes qui quittent la région pour étudier en français ne reviennent pas. Ce manque de formation a un impact également sur les nouveaux arrivants diplômés en sciences de la santé. Il leur est presque impossible de s'intégrer au système de santé ontarien et il n'existe pas de programme en français pour leur faciliter cette intégration. Il y a évidemment du travail à faire au niveau des stratégies de recrutement provinciales et locales tandis que les conditions de travail et salariales des professionnels francophones méritent de l'attention.

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 également remarqué le manque de services dans les écoles françaises et les services en français aux nouvelles mères et jeunes familles ainsi qu'aux aînés à l'extérieur de certains centres. Il est important de considérer la prévention des maladies et la promotion de la santé comme une pierre angulaire des SSP.

L'amélioration de l'accès aux services de santé en français demande, entre autres, une bonne **planification**. En ce qui concerne les ressources humaines, par exemple, certains préconisent la planification à moyen et à long terme des besoins en ressources humaines francophones et la création de programmes pour y répondre. La participation à la prise de décisions a souvent été soulevée comme un autre élément important pour les services de soins primaires en français, et cela à plusieurs niveaux – dans les postes de gestion des organismes prestataires de services, aux conseils d'administration et comités de travail de ces organismes et auprès des RLISS. C'est ici que plusieurs ont vu le Réseau jouer un rôle d'appui à la communauté, de catalyseur et de rassembleur des forces vives et comme partie prenante à la planification au niveau des RLISS, bref, comme l'interlocuteur incontournable pour toute question reliée aux services de santé en français.

Toutefois, la planification repose sur une bonne connaissance des communautés, de leurs besoins, des ressources disponibles, des meilleures pratiques et des modèles porteurs comme 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, sur l'état ainsi que sur les comportements de santé des francophones

d) Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario

La région de l'Est de l'Ontario comprend 227 000 francophones, incluant la région de Kingston Mille-Îles (nouvellement desservie par le Réseau). Le Réseau travaille activement depuis huit ans à développer et appuyer les forces vives francophones de sa région en matière de développement des services de santé et soins primaires en français. La recherche effectuée dans le cadre du projet PLT démontre une collaboration de plus en plus grande et évidente entre les partenaires francophones, la mise en place de modèles d'intervention de plus en plus adaptés aux besoins de la clientèle et une capacité de leadership dans l'intégration systémique des services en français.

Tout d'abord, il est fortement recommandé de créer des **lieux d'accès** auxquels les francophones peuvent s'identifier et où ils ont un sens d'appartenance (lieux physiques, lignes téléphoniques, etc.). Il faut centraliser l'accueil et l'aiguillage pour les francophones, augmenter les partenariats et la collaboration au niveau des points d'accès, compiler les ressources existantes en français et coordonner une campagne de sensibilisation sur les points d'accès et services existants. La création de lieux d'accès en français va de pair avec l'organisation des services et la coordination/navigation dans le continuum de soins en français.



Faits saillants des analyses régionales

- a) Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario25
- b) Réseau de santé en français du Moyen-Nord de l'Ontario26
- c) Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario ..27
- d) Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario ..29

On note dans tous les secteurs de la santé une carence au niveau des **ressources humaines**, soit une insuffisance de professionnels de la santé, notamment pour les services spécialisés. Les difficultés de recrutement et de maintien en poste et le manque d'incitatifs financiers sont un défi pour la région. Certainement, les liens avec le Consortium national de formation en santé (CNFS)²¹ et les organismes clés en santé de la région sont importants, ainsi que la promotion des carrières en santé. Ce défi au niveau des ressources humaines en santé en français demande que soit maximisée l'utilisation des ressources existantes dans le système et touche la question de l'organisation des services.

Les participants à la recherche ont émis maintes recommandations dans le but de faciliter et uniformiser la coordination et la navigation entre les différents niveaux de services en français. Pour favoriser les efforts de collaboration et de coordination inter-agences en français, il est primordial d'augmenter les possibilités d'intégration, par exemple en établissant un système d'évaluation commun de la clientèle francophone, en créant des corridors d'accès simples et rapides pour la clientèle francophone, en formalisant des ententes inter-agences et en adoptant une approche multidisciplinaire menant à une intervention holistique de la prestation de soins et en lien avec d'autres secteurs communautaires (éducation, milieu associatif, etc.).

De plus, les participants aux consultations recommandent que l'organisation des services de santé en français se fasse dans un encadrement propice optimal en matière de modèles exemplaires pour les services en français (par ex. : désignation de lits francophones dans les établissements de soins de longue durée, établissement de « zones de confort culturel » et milieux francophones au sein des agences, mise en place d'équipes de soins complètes francophones). On suggère une étude qui permettrait d'explorer l'idée de créer des lieux physiques intégrés pour favoriser une continuité des services en français dans un milieu francophone.

En ce qui concerne la **prévention, la promotion** et le dépistage précoce dans la communauté, le défi le plus important pour la région de l'Est est le manque de stratégies concrètes et soutenues pour rejoindre la clientèle francophone et engager la communauté francophone (secteurs de l'éducation, services sociaux, secteur associatif, etc.). On déplore le fait que les programmes sont souvent développés pour répondre à la clientèle anglophone et ensuite traduits en français sans reconnaître les besoins de la communauté francophone. De plus, le manque d'intégration et de coordination des activités de prévention et promotion en français sur le territoire entraîne une duplication et mauvaise utilisation des ressources disponibles dans ce secteur. On propose donc la création d'un réseau de prévention et de promotion, en lien avec la gestion des maladies chroniques pour rendre évidente et efficace la prévention tout au long du cheminement de la personne dans le système. Les pistes d'action

²¹. Le Consortium national de formation en santé regroupe dix établissements d'enseignement universitaire et collégial répartis dans l'ensemble du Canada et offrant des programmes d'études en français dans différentes disciplines de la santé. Voir le site internet au www.cnfs.ca.

suggérées sont la cartographie des acquis et des pratiques exemplaires en français dans la région, ainsi que l'identification de modèles et d'initiatives qui ont bien réussi. Ceci demande, notamment, que soient identifiés des « champions » francophones qui peuvent influencer et faciliter les changements nécessaires.

Les éléments clés entourant la notion de **planification des services** de santé en français sont intimement liés au développement et à l'évaluation continue des services de santé en français. Les priorités en planification demeurent le maintien et le développement de toute la gamme de services en français, l'identification continue de la disponibilité des services en français selon le continuum de soins pour la personne, l'assurance d'une collaboration au sein des initiatives de planification sur le territoire pour les services en français, le développement de services en fonction des besoins particuliers de la clientèle francophone (par ex. : clientèles à besoins complexes, personnes âgées, profil d'utilisateur du francophone), l'inclusion des groupes clients francophones à la planification, une coordination particulière pour les services spécialisés et une transparence entre les partenaires francophones, les RLISS de la région et le MSSLD. Un financement proportionnel aux besoins de services en français est nécessaire pour appuyer les efforts de planification et de développement. Finalement, la planification doit s'inscrire dans un cadre de responsabilisation.

Ainsi, le besoin d'une structure formelle de planification et d'allocation des ressources en français devient un élément clé et comprend un mécanisme de gouvernance pour les services en français. La gouvernance francophone est vue comme un mécanisme pour répondre à la fragmentation du système en matière de services en français et pouvant en rehausser l'efficacité et ainsi permettre la mise en place de pratiques exemplaires en matière d'intégration au sein d'un continuum de services en français.



Faits saillants des analyses régionales

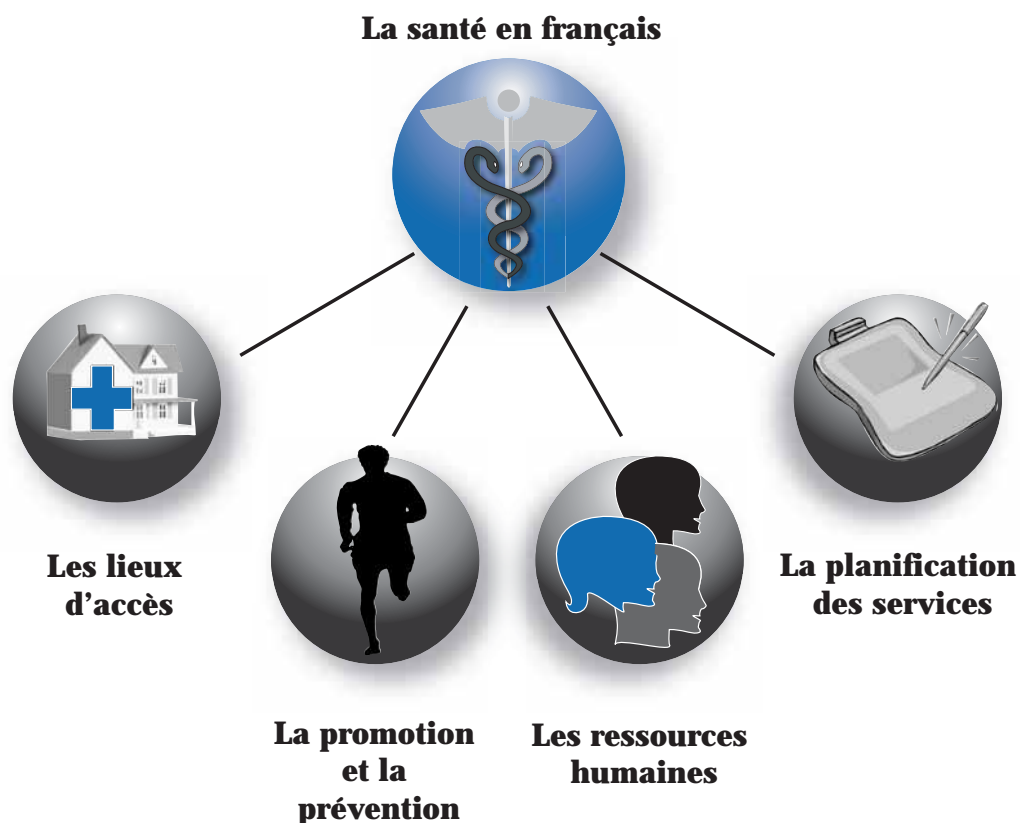
- a) Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario25
- b) Réseau de santé en français du Moyen-Nord de l'Ontario26
- c) Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario ..27
- d) Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario ..29

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

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 début de cette réflexion. Il est proposé que le développement des services en français s'arrime avec les axes ci-dessous.

Constats provinciaux : les axes stratégiques

Les quatre Réseaux de santé de l'Ontario ont fait ressortir quatre axes stratégiques comme étant les éléments clés du développement et de la mise en œuvre de soins de santé primaires de qualité en français en Ontario : **les lieux d'accès, les ressources humaines, la promotion et la prévention, et la planification des services.**



1) 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 rencontrer les 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 leur succès.

1^{re} recommandation

Créer, maintenir et développer des lieux d'accès de services de santé primaires qui soient 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, dans le cheminement du patient;
- la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité;
- l'intégration de technologies de pointe tant au niveau de l'offre de services que de la gestion de l'information;
- l'offre de soins de santé primaires reflétant les réalités géographiques;
- une approche globale de la santé, c'est-à-dire intégrant la promotion et la prévention jusqu'aux services curatifs; et
- une approche populationnelle, visant plus particulièrement les francophones.

Pour que cette recommandation donne les résultats escomptés, en tenant compte des rapports régionaux, il faut prendre en considération certaines conditions de succès.

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.



Un point de départ pour les soins primaires en français

Constats provinciaux : les axes stratégiques	32
1) Les lieux d'accès	33
2) Les ressources humaines	34
3) La promotion et la prévention	35
4) La planification des services	36

La problématique de la pénurie de ressources humaines francophones est une lacune majeure.

2) Les ressources humaines

Pour avoir des lieux d'accès, il faut évidemment une infrastructure physique mais il faut 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 maintien en poste 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 niveaux. Les solutions proposées incluent la formation postsecondaire et continue, l'organisation des ressources humaines ainsi que la planification à moyen terme de 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 en 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 de voir une réduction de l'institutionnalisation et un déplacement des responsabilités 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 niveau 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 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 une identification des professionnels de la santé parlant français;
- une planification à moyen et long terme des ressources humaines; et
- des stratégies de recrutement et du maintien en poste des professionnels francophones par les organismes et les communautés.

3) 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 la prévention des maladies. Mais il est aussi clair que les programmes de promotion et de prévention, pour être efficaces, doivent être développés 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

Développer et mettre en oeuvre 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 promotion de la santé et de prévention des maladies doivent :

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



Un point de départ pour les soins primaires en français

Constats provinciaux :	
les axes stratégiques	... 32
1) Les lieux d'accès	... 33
2) Les ressources humaines	... 34
3) La promotion et la prévention	... 35
4) La planification des services	... 36

La planification doit être faite par des gens qui comprennent la réalité des francophones.

4) La planification 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 démontré 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 principes 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 souvent a moins de ressources pour obtenir les mêmes résultats.

L'ensemble des politiques et stratégies développées par les gouvernements doit tenir compte de la réalité spécifique de la francophonie ontarienne et ceci 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 besoins/réalités régionaux;
- inclure des mesures d'imputabilité pour les organismes qui doivent offrir des services en français; et
- être faite en partenariat avec d'autres organismes de planification dans la province.

Conclusion

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 rattachées qu'il sera possible d'obtenir un meilleur accès pour les francophones.

En somme, il faut offrir à la communauté francophone de l'Ontario un meilleur accès à des soins de santé primaires de qualité. Cet objectif ne se réalisera qu'avec la participation de tous les acteurs. Qu'il s'agisse des autorités gouvernementales fédérale et provinciale, des organismes offrant des services de santé, des institutions d'enseignement et des communautés, ils ont tous un rôle à jouer. Le succès de cette démarche repose sur la volonté de travailler ensemble pour améliorer, en bout de ligne, la santé des francophones en Ontario et celle de l'ensemble des Ontariens et Ontariennes.



Bibliographie

Adler, N.E., Boyce, W.T., Chesney, M.A., Folkman, S. et Syme, S.L. (1993), « Socioeconomic inequalities in health: No easy solution » in *Journal of the American Medical Association*, 269 (24).

Alliance des réseaux ontariens de santé en français (2005), *Principes directeurs des réseaux de santé de l'Ontario*, Ottawa.

Armstrong, P. et al. (2001), *La réforme des soins primaires – Document de travail*, Ottawa, Coalition canadienne de la santé.

Beaulieu, M. et Lalonde, J. (2003), *Les réseaux de services de santé en français dans le Sud et le Nord de l'Ontario*, rapport final présenté à la Table de concertation en santé de l'Ontario, Ottawa.

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

Clair, Michel et al (2000), *Les solutions émergentes – Rapport et recommandations de la Commission d'étude sur les soins de santé et les services sociaux*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.

Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (2001), *Rapport au Ministre fédéral de la santé*, Ottawa, Santé Canada.

Baker, D., Hayes, R. et Puebla-Fortier, J. (1998), *Interpreter Use and Satisfaction with Interpersonal Aspects of Care for Spanish-speaking Patients*, Department of Medicine, Case-Western Reserve University School of Medicine, MetroHealth Medical Center, Cleveland.

Crane, J.A. (1997), *Patient Comprehension of Doctor-Patient Communication on Discharge from the Emergency Department*, Department of Emergency Medicine, Kern Medical Center, Bakersfield.

Fédération des communautés francophones et acadienne (2001), *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, étude pour le compte du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, Ottawa, FCFA.

Gouvernement du Canada (2003), *Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, Ottawa, Santé Canada.

Kirby, M. (2002), *La santé des Canadiens/Le rôle du gouvernement fédéral*, Ottawa, Gouvernement du Canada.

Leblanc, P. (2003), *Construire la santé des francophones : accessibilité, formes appropriées et viabilité culturo-linguistique, étude sur les formes d'organisation des services de santé en français dans l'Est de l'Ontario*, Ottawa.

Manson, A. (1988), *Language concordance as a determinant of patient compliance and emergency room use in patients with asthma*, Division of General Medicine, Presbyterian Hospital, New York.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2004), *Nouvelles orientations des soins de santé primaires en Ontario*, Toronto, Gouvernement de l'Ontario.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (1999), *Stratégie pour la réforme des soins primaires*, Toronto, Gouvernement de l'Ontario.

Office des affaires francophones (2005), *Profil statistique général - Les francophones de l'Ontario*, Toronto, Gouvernement de l'Ontario.

Picard, L. et Allaire, G. (2005), *Deuxième Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, Sudbury, Université Laurentienne.

Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario (2005), *Fiche de renseignements*, Hamilton.

Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario (2002), *Vivre en français jusqu'au bout de son âge – Étude sur la disponibilité des services en français dans les établissements de soins de longue durée et dans les maisons de retraite privées*, Ottawa.

Réseau de santé en français du Moyen-Nord (2005), *Fiche de renseignements*, Sudbury.

Romanow, Roy J. (2002), *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Ottawa, Gouvernement du Canada.

Tomblin Murphy, G. et O'Brien-Pallas, B. (2002), *Rapport de la Commission de la réforme des soins de santé*, Toronto, Gouvernement de l'Ontario.

Woloshin, S., Schwartz, L.M., Katz, S.J. et Welch, H.G. (1997), « Is language a barrier to the use of preventive medicine? » in *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 12, 472-477.



Bibliographie

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

Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario

29, rue Byng
Kapusksing (Ontario) P5N 1W6
Sans frais: 1 866 489 7484
reseau@santenordontario.ca

Réseau de santé en français du Moyen-Nord de l'Ontario

435, avenue Notre-Dame
Sudbury (Ontario) P3C 5K6
Téléphone : 705 674 9381
Télécopieur : 705 675 5601
malarouche@rsfmno.ca

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
dg_rfsso@bellnet.ca

Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario

1173, chemin Cyrville, bureau 300
Ottawa (Ontario) K1J 7S6
Téléphone : 613 747 7431
Télécopieur : 613 747 2907
Sans frais : 1 877 528 7565
nbeland@rssfe.on.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 Fond 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.