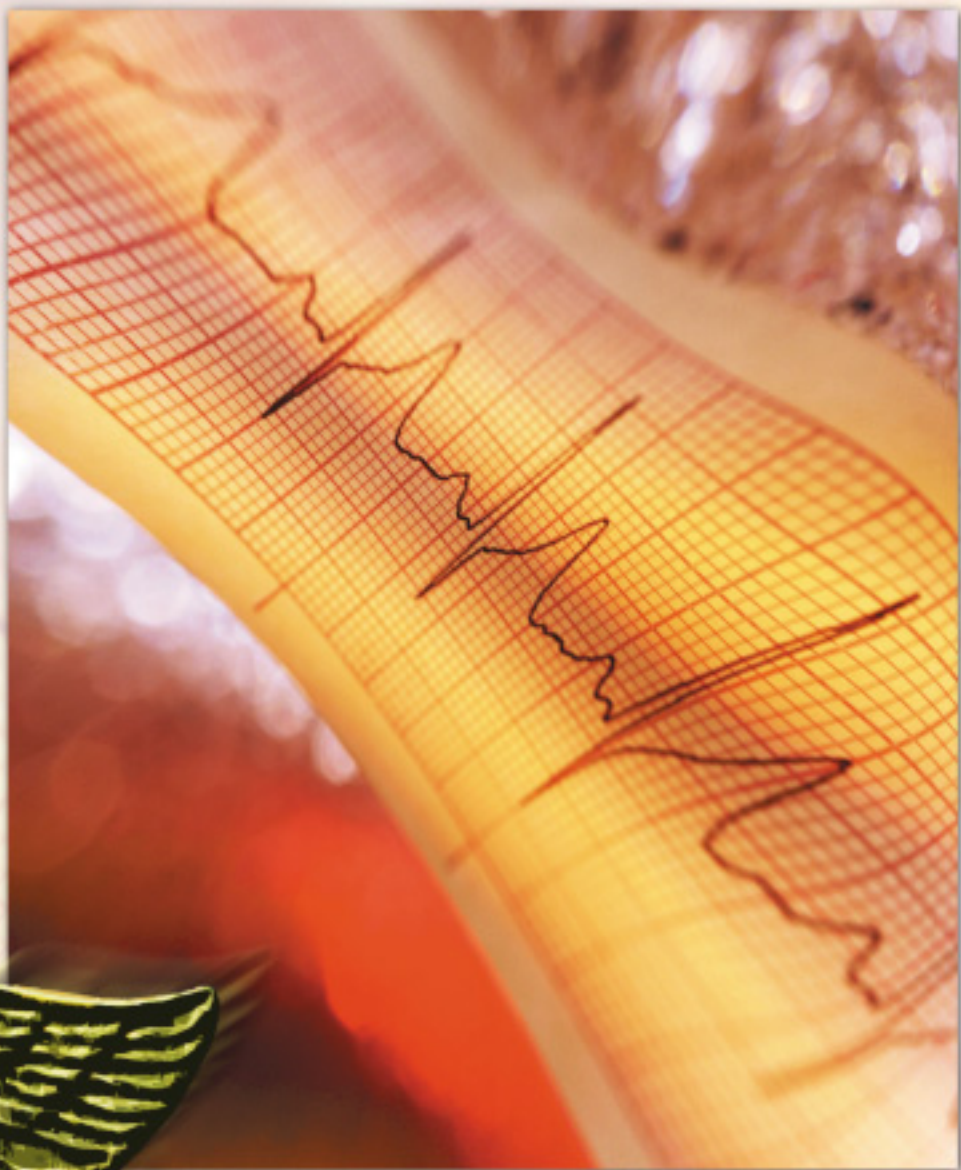


RAPPORT AU

MINISTRE  
FÉDÉRAL  
DE LA SANTÉ



Comité consultatif des communautés  
francophones en situation minoritaire

Septembre 2001



Santé  
Canada Health  
Canada

Canada

**RAPPORT AU  
MINISTRE FÉDÉRAL  
DE LA SANTÉ**

Réalisé par le  
Bureau d'appui aux  
communautés de langue officielle  
Repère postal 0904C1  
Immeuble Brooke-Claxton  
Pré Tunney  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0K9  
Téléphone : (613) 952-3120

Pour le compte du  
Comité consultatif des  
communautés francophones  
en situation minoritaire

© Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada 2001  
Deuxième édition  
N° de catalogue H21-176/2001  
ISBN 0-662-66037-4

---

# CCCFSM

*Comité consultatif des communautés  
francophones en situation minoritaire*

**L'honorable Allan Rock**  
**Ministre de la Santé**  
**Chambre des communes**  
**Ottawa (Ontario) K1A 0A6**

Monsieur le Ministre,

C'est avec plaisir qu'à titre de coprésidents du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM) nous vous soumettons le présent rapport.

Ce rapport brosse un tableau de l'état de la situation et propose un important train de mesures visant à permettre au million de francophones canadiens qui vivent en situation minoritaire d'améliorer leur état de santé individuel et collectif par un meilleur accès aux services de santé dans leur langue maternelle. Il est le fruit d'une collaboration étroite de centaines de personnes qui, dans tout le pays, ont accepté sans hésitation de répondre à nos questions, de partager avec nous leurs projets et de commenter nos hypothèses. Leur empressement à collaborer à nos travaux témoigne de l'intérêt que suscite l'amélioration des soins de santé dans les communautés francophones en situation minoritaire.

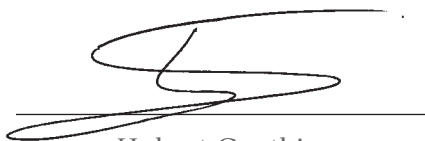
Tout au long de ses travaux, le CCCFSM a fait de l'accès aux services de santé en français sa priorité. Il s'est donc tourné en priorité vers les soins primaires, car ceux-ci constituent le premier échelon du continuum des services de santé et représentent sans doute le niveau des services de santé le plus fréquemment utilisé. Les recommandations que le Comité formule dans ce rapport visent toutes, d'ailleurs, à donner une impulsion aux efforts déjà déployés pour améliorer l'accessibilité des services de santé en français.

Vous souhaitant bonne lecture, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Les coprésidents,



Marie E. Fortier



Hubert Gauthier





# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
<b>LA SANTÉ ET LA LANGUE</b> .....	<b>13</b>
La loi fédérale sur les langues officielles .....	13
La vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire	13
Le rôle du gouvernement fédéral en matière de santé	13
Le contexte social .....	13
L'évolution du régime de soins de santé	13
L'importance de la langue .....	14
<b>L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS</b> .....	<b>17</b>
La situation actuelle .....	17
Un état de santé plus précaire	17
Un accès moindre	19
La notion d'accessibilité et les leviers d'intervention .....	19
L'accessibilité	19
Les cinq leviers définis par le Comité	20
Une stratégie efficace	21
<b>UNE STRATÉGIE D'INTERVENTION GLOBALE</b> .....	<b>23</b>
Contexte .....	23
Les principes directeurs .....	23
Une stratégie différentielle	23
Une action sur l'offre et la demande	24
Un effort concerté	25
Une intervention sur chaque levier	26
Les cinq éléments de la stratégie .....	27
Le réseautage	27
La formation de la main-d'œuvre	28
Les lieux d'accueil	30
La technologie et l'information stratégique	31
La recherche et la sensibilisation	32

La mise en œuvre des initiatives .....	33
Les modalités de financement .....	34
Les mécanismes existants .....	35
La création de nouveaux mécanismes nécessaires au plein déploiement des initiatives intégrées .....	35
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>37</b>
Vers un avenir meilleur.....	37
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>39</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>41</b>
A Membre du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire .....	41
B Régions étudiées .....	43
C Recommandations provisoires d'octobre 2000 .....	45
D Recommandations provisoires modifiées d'avril 2001.....	47
E Typologie progressive des soins spécialisés .....	49
<b>FIGURES</b>	
1 La qualité de l'acte par rapport à la langue .....	15
2 Un bref portrait des communautés francophones — 1996 (selon la langue maternelle).....	18
3 La notion d'accessibilité des services de santé .....	21
4 Positionnement relatif des provinces et des territoires en fonction des grandes phases de développement des services de santé .....	23
5 Interrelation de l'offre et de la demande .....	24
6 Le prisme d'une approche gagnante.....	25
7 Typologie progressive des modes de prestation des soins primaires en fonction des besoins et des capacités des milieux.....	30

L'accès aux services de santé dans sa langue a des retombées positives qui vont bien au-delà du simple respect pour la culture de l'utilisateur. Il s'agit d'un élément essentiel à l'amélioration de l'état individuel de santé et à l'appropriation de la santé par une population. Et l'importance de la langue croît quand le service dispensé est de nature relationnelle plutôt que technique.

Les gouvernements qui, au Canada, fournissent les services de santé peuvent, nous le verrons bien, aborder cette question comme un investissement rentable dans la santé de la population, et non comme une dépense de plus au budget de la santé.

L'accessibilité prend encore plus d'importance lorsqu'on veut aider une population qui a davantage de problèmes de santé. Or, des études portant sur plusieurs déterminants montrent qu'au Canada les francophones en situation minoritaire seraient généralement en moins bonne santé que leurs concitoyens d'une même province.

Bien que les communautés minoritaires disposent parfois de services de santé en français grâce aux efforts qu'ont déployés plusieurs administrations, des améliorations d'accès sont possibles dans toutes les provinces et dans tous les territoires. En effet, on remarque qu'entre 50 % et 55 % des francophones en situation minoritaire n'ont souvent que peu ou pas accès à des services de santé dans leur langue maternelle.

Nos travaux révèlent qu'il existe d'importantes différences régionales et locales et qu'il y a des variances significatives dans la prestation de services. Si certains écarts s'expliquent plus facilement en raison du nombre et de la densité des francophones, on observe aussi des variances significatives entre des régions apparemment comparables. Ainsi, une seule et unique approche nationale ne peut être mise de l'avant.

En outre, il nous paraît manifeste qu'il faille mettre en place des structures ou des mécanismes permettant une plus grande appropriation ou prise en charge de la santé par les communautés francophones en situation minoritaire. Ces structures ou mécanismes, qui s'inscriraient dans le cadre des réseaux actuels de santé, permettraient aux communautés de déterminer les priorités propres à leur situation et de définir les meilleures stratégies pour atteindre les objectifs ainsi fixés, ce qui se traduirait inévitablement par un meilleur accès aux services de santé. La nature de ces mécanismes et l'étendue de cette prise en charge varieront évidemment selon les besoins et les capacités de ces communautés. L'appropriation pourrait, par exemple, aller d'une simple contribution à la définition des orientations d'un établissement sociosanitaire au contrôle exclusif d'un tel établissement, voire d'un réseau complet.

Pour l'ensemble de ces raisons, le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM) recommande au ministre fédéral de la Santé d'adopter une stratégie globale afin de permettre au million de francophones canadiens vivant en situation minoritaire d'améliorer leur état de santé individuel et collectif par un meilleur accès aux services de santé dans leur langue maternelle. Cette stratégie comporterait plusieurs initiatives, qui doivent toutes être intimement liées les unes aux autres pour former un tout cohérent.

## OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS

- ∞ Accroître sensiblement le niveau d'accès aux services de santé en français pour les communautés en situation minoritaire, notamment en ce qui a trait aux soins primaires.
- ∞ Établir une stratégie globale d'amélioration permanente de l'accessibilité des services de santé en français.
- ∞ Permettre l'appropriation de la santé par les communautés.
- ∞ Réaliser la concertation de tous les intervenants pour l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies visant l'amélioration des services de santé pour chacune des communautés.
- ∞ Accroître le nombre d'infrastructures et de lieux d'accueil offrant des services de santé en français.
- ∞ Augmenter le nombre de professionnels francophones de la santé qui travaillent dans les communautés en situation minoritaire.
- ∞ Tirer profit des outils technologiques.
- ∞ Obtenir des données fiables et pertinentes sur les communautés francophones en situation minoritaire.

## SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS

1. Adopter une stratégie d'intervention globale visant à améliorer l'accessibilité des services de santé en français.

Toutes les initiatives visant à améliorer l'accessibilité des services de santé en français doivent s'inscrire dans une stratégie d'intervention globale et cohérente. Cette stratégie comporte cinq volets : réseautage, infrastructures, main-d'œuvre, nouvelles technologies et recherche.

2. Mettre en œuvre une initiative de réseautage communautaire pour permettre l'organisation de réseaux provinciaux et territoriaux et d'un secrétariat national, lesquelles entités constitueraient la base du développement de l'accès aux services de santé en français.

Étant donné l'immensité du territoire canadien, les communautés francophones sont dispersées un peu partout au pays. De plus, les intervenants francophones en santé sont non seulement isolés les uns des autres sur le plan géographique, mais aussi se trouvent souvent, en tant que groupe minoritaire, noyés à l'intérieur de chacun des groupes professionnels et des diverses associations. Le réseautage viserait justement à créer des liens entre les communautés francophones, les professionnels de la santé, les établissements d'enseignement, les établissements de santé et les associations professionnelles de langue française.

3. Appuyer la mise en place d'un consortium pancanadien francophone pour la formation de professionnels de la santé pouvant s'exprimer en français.

Il y a actuellement une grave pénurie de professionnels de la santé pouvant s'exprimer en français, et le nombre d'inscriptions dans les programmes de formation en santé est pour l'heure insuffisant. Or, les besoins sont criants. Par ailleurs, les diverses communautés ne réussiront pas à recruter et à former des étudiants en santé sans s'associer ou sans devenir partenaires à l'intérieur d'un réseau agrandi. Il appert donc essentiel que soit créé un consortium pancanadien



qui pourrait donner suite aux stratégies de recrutement et de formation. Ce consortium ferait la promotion des carrières en santé et veillerait au renforcement des infrastructures d'accueil dans les communautés pour ceux qui décident de s'inscrire à un programme de formation collégiale ou universitaire en santé.

4. Investir dans les infrastructures des soins de santé, afin de venir appuyer l'établissement d'infrastructures et de lieux d'accueil qui amélioreront l'accès à des services de santé pour les francophones en situation minoritaire, et qui tiendront compte des paramètres démographiques et géographiques et des services en place.

Étant donné qu'entre 50 % et 55 % des francophones en situation minoritaire n'ont que peu ou pas accès à des services de santé dans leur langue maternelle, l'établissement d'infrastructures pour les soins de santé en français constitue une étape marquante dans l'amélioration de l'accessibilité des services de santé en français. Par ailleurs, le Comité estime qu'il ne serait pas opportun d'appliquer une approche unique, car toutes les communautés ne sont pas confrontées aux mêmes défis. Il considère aussi qu'il serait plus approprié de mettre en œuvre des solutions qui pourraient être modulées en fonction de la situation de chaque communauté.

5. Investir dans le développement des technostructures nécessaires pour les communautés francophones en situation minoritaire.

Étant donné la pénurie nationale de professionnels qualifiés pouvant s'exprimer en français et la dispersion géographique des 71 communautés, il faut trouver des formules novatrices qui permettront de mieux suivre l'usager des services dans le régime de santé, d'appuyer les professionnels francophones et de parfaire la formation de ces derniers.

6. Venir appuyer l'établissement, au sein des Instituts de recherche en santé du Canada et plus précisément de l'Institut de la santé publique et des populations, d'une chaire ou d'une initiative de réseautage entre les chercheurs des différents établissements postsecondaires en vue d'étudier les déterminants de la santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire et d'examiner les besoins particuliers de ces communautés; sensibiliser les autres organismes fédéraux (Statistique Canada, Développement des ressources humaines Canada, Institut canadien d'information sur la santé, etc.) à la nécessité de tenir compte et d'inclure des variables liées à la langue et à la culture dans leurs travaux, ainsi que de recueillir des données permettant de suivre de près la santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire; favoriser le développement de la capacité interne de recherche de ces communautés.

À l'heure actuelle, il manque de données sur les communautés francophones en situation minoritaire pour pouvoir établir des stratégies sanitaires ciblées sur le plan local. En constituant une telle chaire et en sensibilisant les autres organismes fédéraux aux variables liées à la langue et à la culture dans leurs travaux, on créerait un cadre pour la cueillette de données pertinentes et fiables sur ces communautés, lequel cadre permettrait de mieux orienter les interventions des gouvernements. De plus, si ces communautés pouvaient développer leur capacité interne de recherche, elles pourraient mieux définir les objectifs des travaux entrepris, rendant les résultats encore plus pertinents.

7. Veiller à ce que les communautés francophones en situation minoritaire aient davantage accès aux différents programmes et fonds spécialisés du Ministère, et que ces programmes et fonds viennent appuyer l'amélioration de l'accessibilité des services de santé en français.

En ayant davantage accès aux différents programmes et fonds spécialisés du ministère fédéral de la Santé, que ce soit dans les domaines de la recherche, de la promotion de la santé ou de la prévention des maladies, les communautés seront plus en mesure de déterminer leurs besoins, de les exprimer et de s'organiser pour mieux influencer l'offre de services.

### LA MISE EN ŒUVRE DES INITIATIVES

Pour maximiser l'impact de la stratégie proposée, il est important que les initiatives soient mises en œuvre d'une façon intégrée et cohérente. Tout d'abord, il est essentiel de lancer l'initiative de réseautage, car celle-ci vise à favoriser l'engagement des communautés et des divers intervenants.

Dès que l'initiative de réseautage aura été lancée, il est essentiel de mettre en œuvre les autres initiatives simultanément, car celles-ci sont intimement liées les unes aux autres.

### LES MODALITÉS DE FINANCEMENT

De nouveaux investissements seront nécessaires pour mettre en œuvre nos recommandations en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les communautés francophones en situation minoritaire. Certains de ces investissements, tels ceux requis pour le réseautage, auront une portée spécifique et exclusive à la communauté francophone tandis que d'autres, comme l'installation de nouvelles technologies dans une région ou le recrutement de personnel bilingue, pourront avoir pour effet d'augmenter l'accessibilité de certains services à toute la population de la région. Certains investissements peuvent être immédiatement quantifiés avec précision alors que d'autres refléteront les capacités différentes d'absorption et le rythme varié de développement des services dans les communautés.

Pour financer l'ensemble des initiatives, on pourra, d'une part, avoir recours de façon transitoire à des sources de financement déjà disponibles comme le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires et, d'autre part, obtenir de nouvelles ressources permanentes.

Quant aux mécanismes, il existe déjà plusieurs programmes de contribution qui pourraient être utilisés (programmes de Santé Canada ou de Patrimoine canadien). On pourrait également utiliser le modèle des ententes fédérales-provinciales déjà éprouvé pour le développement de l'éducation en français.



*Centre médical Seine, Ste. Anne (Manitoba)*

# INTRODUCTION

---

Le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM) a été constitué au printemps 2000 pour traiter des questions liées aux communautés francophones. Il est coprésidé par M. Hubert Gauthier, président-directeur général de l'Hôpital général de Saint-Boniface (Manitoba), et M<sup>me</sup> Marie E. Fortier, sous-ministre déléguée à Santé Canada.

Le Comité est chargé de conseiller le ministre fédéral de la Santé, pour que son ministère puisse maximiser sa contribution au développement et à l'épanouissement des communautés francophones en situation minoritaire, conformément aux dispositions de l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles*.

## Le CCCFSM est composé :

- ∞ de deux coprésidents, soit un représentant pour la partie communautaire et un autre pour la partie fédérale;
- ∞ de sept représentants des communautés francophones en situation minoritaire;
- ∞ de trois représentants de gouvernements provinciaux (Nouveau-Brunswick, Manitoba et Alberta );
- ∞ de hauts fonctionnaires de Santé Canada ayant des responsabilités dans des secteurs d'intérêt prioritaire;
- ∞ d'un représentant du ministère du Patrimoine canadien.

Le secrétariat du Comité est situé, pour la partie fédérale, au Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO)—qui est également responsable du dynamisme de l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles* au sein de Santé Canada. Quant à la partie communautaire, ce rôle est assuré par la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (FCFA).

Tôt dans ses travaux, il est devenu évident pour le CCCFSM qu'il devait faire de l'accès aux services de santé en français sa priorité. Le Comité s'est donc tourné d'abord vers le premier échelon du continuum des services de santé, celui des soins primaires, car ces soins visent entre autres les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation, et constituent sans doute le niveau de services de santé le plus fréquemment utilisé. Ce choix cadre d'ailleurs bien avec les priorités que se sont fixées par la suite le premier ministre fédéral et les premiers ministres provinciaux à leur réunion de septembre 2000.

Le CCCFSM a tenu sa première réunion en juin 2000. Au cours de celle-ci, les membres ont résolu d'analyser l'état de la situation dans les différentes communautés pour en avoir une meilleure compréhension et pour esquisser des pistes de solution.

Au cours de l'été 2000, Santé Canada versait une contribution financière importante à la FCFA pour qu'elle coordonne une étude significative et marquante sur l'accès aux services de santé en français, et qu'elle détermine les leviers susceptibles d'améliorer l'accessibilité des services. Cette étude,

*... Le mandat du Comité : conseiller le ministre ...*

*... La composition du Comité ...*

*... L'accès aux services en français : une priorité pour le Comité ...*

*... Les travaux du Comité ...*

intitulée *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, a été rendue publique en juin 2001, et les faits saillants de celle-ci font partie intégrante du présent rapport (par exemple, les figures comprises dans le rapport sont en majorité issues de cette étude).

Le CCCFSM a aussi demandé aux auteurs de l'étude de proposer des avenues de solution quant aux modes d'organisation des services et aux stratégies d'implantation connexes, et d'assurer l'intégration des propositions dans les régimes actuels ou prévus de prestation de services dans les provinces et les territoires.

À leur deuxième réunion (octobre 2000), les membres ont examiné l'avancement des travaux et formulé des recommandations provisoires au ministre fédéral de la Santé (ces recommandations figurent à l'annexe C). À compter de ce moment, le Comité a rencontré des responsables de programmes à Santé Canada de même que des représentants des communautés afin de les informer de ses travaux et d'obtenir leurs commentaires sur différentes questions.

En décembre 2000, les membres ont discuté des premières conclusions de l'étude et ont pu comparer celles-ci à leurs propres observations. Ils se sont ensuite réunis en janvier 2001 pour examiner les constatations se dégageant de l'étude coordonnée par la FCFA et pour créer des groupes de travail ayant chacun pour mandat de traiter en profondeur un ou plusieurs leviers d'intervention susceptibles d'améliorer l'accessibilité des services de santé en français et de soumettre des recommandations au Comité. On a donc établi le Groupe de travail sur le réseautage; le Groupe de travail sur la formation et la recherche; et le Groupe de travail sur les infrastructures, la prestation de services et les technologies.

En mars 2001, la FCFA a remis au Comité l'ébauche de l'étude *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, laquelle étude brosse un tableau de la situation et offre des idées novatrices pour améliorer la qualité des soins de santé pour le million de Canadiens et de Canadiennes francophones vivant en situation minoritaire. En outre, le Comité a apporté des modifications à ses recommandations préliminaires (l'annexe D dresse la liste de ces recommandations modifiées).

Lors des cinquième et sixième réunions (avril et juin 2001), les membres ont analysé l'étude et les rapports des groupes de travail et discuté du contenu du rapport final au ministre.



*Succursale du Centre de santé communautaire  
de l'Estrie située à Chrysler (Ontario)*

## LE PRÉSENT RAPPORT

Le présent document explique les facteurs conduisant au besoin pressant d'agir et propose certaines solutions visant à relever ce défi d'importance nationale qu'est l'amélioration de l'accessibilité des services de santé en français pour les communautés francophones en situation minoritaire. En effet, entre 50 % et 55 % des francophones vivant en situation minoritaire n'ont jamais ou presque accès à des services en français, que ce soit en clinique privée, en milieu hospitalier, en centre de santé communautaire ou autres.

*... L'accès aux services en français : un problème réel ...*

L'environnement actuel est particulièrement propice à une initiative d'amélioration des services. En effet, dans le discours du Trône du 30 janvier 2001, le gouvernement fédéral prenait entre autres deux engagements clés qui allaient au cœur même des enjeux abordés par le Comité :

*... Un contexte favorable ...*

- ☞ *Le gouvernement du Canada, quant à lui, se consacrera à créer une société plus inclusive [...] où l'on puisse compter sur des soins de santé de qualité et où les familles puissent s'épanouir au sein de communautés fortes et sûres<sup>1</sup>.*
- ☞ *La dualité linguistique du Canada est au cœur de notre identité canadienne et constitue un élément clé de notre société dynamique. La protection et la promotion de nos deux langues officielles sont une priorité du gouvernement, d'un océan à l'autre. Le gouvernement renouvellera son engagement à l'égard des communautés minoritaires de langue officielle viables et du renforcement de la culture et de la langue françaises, tout en mobilisant ses efforts pour que tous les Canadiens et toutes les Canadiennes puissent communiquer avec le gouvernement dans la langue officielle de leur choix<sup>2</sup>.*

Les études internationales le démontrent clairement : l'offre de services dans la langue d'une population est un élément essentiel à l'amélioration des conditions de santé et à l'appropriation de la santé par cette population. Une telle offre est intimement liée à la capacité des intervenants de soigner, de conseiller, d'orienter et d'éduquer les personnes.

*... La langue détermine la qualité des services ...*

Les efforts et les ressources qui seront déployés pour renouveler les systèmes de santé provinciaux et territoriaux au cours des prochaines années offrent une occasion d'accroître, dans toutes les régions du Canada, l'accessibilité des services de santé à des populations qui, parce qu'elles sont en situation minoritaire, ont des défis particuliers à relever.

Fait intéressant à noter, plusieurs innovations envisagées par les provinces et les territoires visent le renforcement des capacités communautaires pour la prévention et le traitement des problèmes de santé. Elles requièrent une meilleure intégration des éléments tels que les services de première ligne, de prévention, de dépistage, d'information sur la santé, de diagnostic et de réadaptation, les soins de courte durée, les services spécialisés et surspécialisés ainsi que les soins de longue durée. Elles visent aussi l'établissement d'un continuum qui va bien au-delà des aspects curatifs.

---

<sup>1</sup> Gouvernement du Canada, *Discours du Trône ouvrant la première session de la 37<sup>e</sup> législature du Canada*.

<sup>2</sup> *Ibid.*

À condition d'en avoir les moyens, la francophonie canadienne peut donc profiter de cette excellente occasion pour accroître sa participation dans cette approche prometteuse et inclusive, parce que même dans les concentrations les plus importantes, les ressources destinées aux francophones sont en situation de pénurie.

*... L'importance  
d'une véritable  
collaboration ...*

Il est de plus en plus reconnu que la viabilité et l'efficacité de nos régimes de santé dépendent de l'établissement d'une collaboration véritable entre les principaux partenaires. Par exemple, le modèle mis de l'avant par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « **Vers l'unité pour la santé** », reconnaît cinq principaux partenaires : les professionnels de la santé; les gestionnaires en santé (y compris ceux des établissements de santé); les décideurs politiques; les établissements d'enseignement; et les communautés.

Selon ce modèle, la performance optimale d'un régime de santé vers le mieux-être d'une population exige la participation concertée de tous ces partenaires.

Dans le modèle de l'OMS, la communauté a un rôle important à jouer. Par exemple, dans le secteur de la formation, sa contribution peut prendre diverses formes. Les communautés peuvent fournir des lieux d'apprentissage, permettant ainsi aux étudiants de vivre des situations réelles; elles peuvent fournir aux établissements d'enseignement la rétroaction leur permettant d'ajuster leurs programmes aux besoins des populations; parfois, les individus participent aussi directement aux programmes de formation.

À cet égard, le partenariat Acadie-Université de Sherbrooke pour la formation médicale au Nouveau-Brunswick illustre bien la contribution significative que peuvent apporter les communautés francophones à l'amélioration du régime de santé. **Mais ce qu'il démontre surtout, c'est l'importance de structures décisionnelles propres qui permettent à la communauté de faire les choix qui correspondent à ses besoins et priorités.**

Le renouveau des régimes de santé offre donc un contexte particulièrement favorable à la mise sur pied et à la consolidation d'initiatives permettant aux milieux francophones d'organiser et de coordonner les soins primaires en français et de faciliter leur intégration. Le défi est de profiter au maximum des possibilités offertes par les réformes envisagées pour assurer, à l'échelle locale et régionale, un espace francophone dans le domaine de la santé, avec la participation des gouvernements et des autres partenaires de la francophonie canadienne. C'est justement ce que recommande le Comité aux différents partenaires qui sont capables de changer la situation des services de santé pour les communautés francophones en situation minoritaire.

Bien sûr, cet espace francophone variera en nature et en étendue selon les capacités des différents milieux. Une ligne de force sous-tend cependant l'ensemble de la vision esquissée dans ce rapport, et ce, pour tous les milieux : **c'est celle d'une plus grande appropriation de la santé par les communautés.** Cette appropriation devra favoriser la création, dans le cadre des réseaux

actuels de santé, de structures ou de mécanismes qui permettront aux francophones de déterminer les priorités propres à leur situation et de définir les meilleures stratégies pour atteindre les objectifs ainsi fixés et pour avoir un meilleur accès aux services de santé. L'appropriation pourrait, par exemple, aller d'une simple contribution à la définition des orientations d'un établissement sociosanitaire au contrôle exclusif d'un tel établissement, voire d'un réseau complet.



*Premier hôpital de l'Ouest canadien construit par les Sœurs grises en 1871*





## LA LOI FÉDÉRALE SUR LES LANGUES OFFICIELLES

### **La vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire**

En 1988, on a refondu la *Loi sur les langues officielles*, en y ajoutant l'article 41, par lequel le gouvernement fédéral s'engage à favoriser l'épanouissement des communautés francophones et anglophones en situation minoritaire au Canada et à appuyer leur développement, ainsi qu'à promouvoir la pleine reconnaissance et l'usage du français et de l'anglais dans la société canadienne.

L'engagement ainsi pris vise à faire participer les ministères et organismes fédéraux clés au développement et à l'épanouissement de ces communautés. Depuis lors, le gouvernement fédéral, par l'entremise de ses ministères et organismes, concrétise l'application de l'article 41. Aussi a-t-il approuvé, en 1994, l'établissement d'un cadre de responsabilisation connexe qui touche l'économie, le développement des ressources humaines et la culture; ce cadre demande aux ministères et organismes désignés de produire un plan d'action annuel ou pluriannuel, après avoir consulté les communautés sur leurs besoins particuliers, et de rédiger un rapport sur l'état des réalisations.

*... Un engagement à l'égard des minorités de langue officielle ...*

### **Le rôle du gouvernement fédéral en matière de santé**

Le gouvernement fédéral, les dix provinces et les trois territoires assument, chacun à leur niveau, des rôles stratégiques dans les politiques de santé au Canada.

C'est au gouvernement fédéral qu'il revient d'établir et d'administrer les normes ou principes nationaux du régime de soins de santé, de participer au financement des services provinciaux de soins de santé par le truchement de paiements de transfert fiscal, de voir à la prestation directe de services de santé à quelques groupes (dont les anciens combattants, les Autochtones vivant dans des réserves et le personnel militaire), ainsi que d'assumer certaines fonctions liées à la santé, telles que la protection et la promotion de la santé.

Les interventions fédérales possibles en faveur des communautés minoritaires de langue officielle ne pourraient se faire qu'en partenariat avec les provinces et territoires (les fournisseurs de services) et les communautés elles-mêmes, dans un esprit de concertation.

## LE CONTEXTE SOCIAL

### **L'évolution du régime de soins de santé**

L'un des événements qui ont marqué la dernière décennie est sans contredit l'adoption de réformes provinciales et territoriales visant à optimiser les services offerts à leurs citoyens. Ces réformes ont été surtout motivées par un

*... Les réformes provinciales et territoriales ...*

souci de rendre le régime plus efficace, à moindre coût, mais elles visaient aussi à prendre en compte les formidables percées technologiques de la fin du XX<sup>e</sup> siècle et du début du XXI<sup>e</sup>.

### *... L'union sociale : un nouveau partenariat ...*

La conclusion de l'Entente sur l'union sociale en 1999 entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux est un autre événement qui a une incidence directe sur le régime de soins de santé. L'accord décrit un nouveau partenariat entre les différents ordres de gouvernement ainsi que le nouveau cadre dans lequel s'inscrivent les efforts de ces gouvernements pour renouveler et moderniser la politique sociale du Canada. On y met l'accent sur la dimension pancanadienne des régimes de santé et des programmes sociaux.

### *... Réunion des premiers ministres du 11 septembre 2000 ...*

En septembre 2000, le premier ministre fédéral et les premiers ministres provinciaux ont conclu une entente sur les services de santé. Cette entente, qui permettra d'accélérer la mise en œuvre de la réforme de la santé et d'en étendre la portée, prévoit une somme de 2,3 milliards de dollars pour les questions prioritaires en matière de santé, soit 1 milliard de dollars pour l'acquisition d'appareils médicaux, 800 millions de dollars pour le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires et 500 millions de dollars pour le développement de systèmes d'information sur la santé.

## L'IMPORTANCE DE LA LANGUE

Des services de santé de qualité ne se limitent pas à des actes techniques consistant à soigner les gens. La qualité est aussi étroitement associée à la capacité des intervenants d'aider, de conseiller, d'orienter et d'éduquer les usagers de services. La capacité de comprendre et d'être compris est donc essentielle à une relation efficace entre un professionnel de la santé et l'utilisateur des services de santé.

### *... L'importance de la langue dans l'efficacité des soins dispensés ...*

L'accès à des services de santé dans sa langue va bien au-delà du simple respect pour la culture de l'utilisateur des services. Il s'agit d'un élément parfois essentiel à l'amélioration des conditions de santé et à l'appropriation de la santé par la population. Plusieurs recherches confirment d'ailleurs l'importance de la langue dans l'efficacité de certains soins dispensés et permettent de conclure que **la barrière de la langue** :

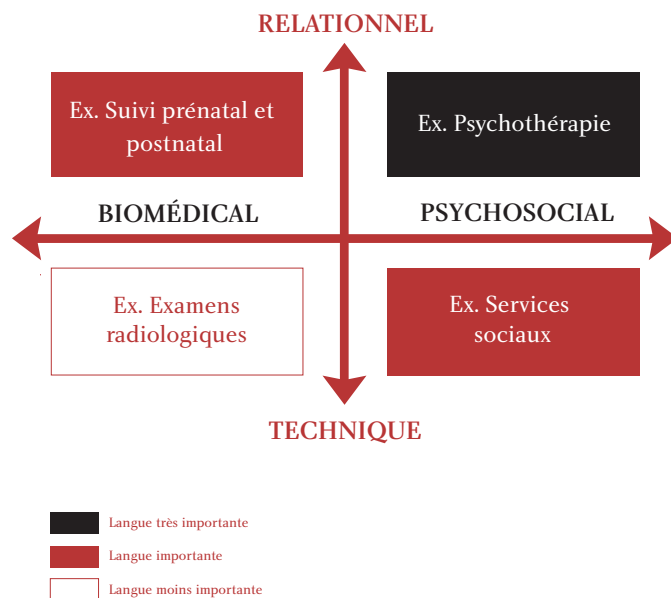
- ☞ réduit le recours aux services préventifs;
- ☞ augmente le temps de consultation, le nombre de tests diagnostiques, et la probabilité de commettre des erreurs dans les diagnostics et les traitements;
- ☞ influence la qualité des services où une bonne communication est essentielle (par exemple, services sociaux, physiothérapie, ergothérapie);
- ☞ diminue la probabilité de fidélité aux traitements;
- ☞ réduit la satisfaction à l'égard des soins et services reçus par les usagers de services.

La figure ci-après illustre les deux dimensions critiques dans la relation entre la qualité du service de santé et la langue de l'utilisateur du service.

Ce tableau montre bien que la langue de communication de l'utilisateur revêt une importance d'autant plus grande que le service dispensé est de nature relationnelle plutôt que technique, plus psychosociale que biomédicale. On comprend dès lors que, d'une façon générale, les soins primaires se concentrent dans la partie supérieure du schéma, là où la langue de communication est plus importante, alors que les soins tertiaires se retrouvent davantage dans la zone inférieure. Ce cadre d'analyse est utile pour évaluer l'accessibilité dans une région donnée, de même que pour déterminer les priorités quant aux initiatives locales possibles. Par ailleurs, même les services apparemment biomédicaux peuvent comprendre de nombreuses transactions langagières dans le grand continuum de services. Prenons l'exemple d'un francophone qui se rend chez son médecin de famille pour un examen de routine. Au cours de la consultation — qui se déroule en français —, le médecin constate un problème de l'appareil digestif. Il décide donc de référer cette personne à un spécialiste. Celui-ci confirme le diagnostic du médecin de famille et réfère la personne à un chirurgien, qui, lui, fera l'intervention chirurgicale pertinente. Une fois l'intervention terminée, cette personne consulte une nutritionniste francophone afin de changer son alimentation et d'adopter un mode de vie plus sain.

*... Deux dimensions critiques de la santé ...*

*... Un continuum de services ...*



*Figure 1*  
*La qualité de l'acte par rapport à la langue*



## LA SITUATION ACTUELLE

### Un état de santé plus précaire

Des études réalisées auprès de certaines communautés francophones en situation minoritaire indiquent que les francophones seraient moins en santé que leurs concitoyens anglophones.

En Ontario, par exemple, une étude indiquait que la proportion de francophones qui qualifiaient leur état de santé comme étant « excellent » était plus faible que celle de leurs concitoyens anglophones<sup>3</sup>.

Une autre étude ontarienne sur la prévalence des maladies révélait que le taux de certaines maladies (maladies respiratoires, hypertension, problèmes musculo-squelettiques) était plus élevé chez les francophones que celui enregistré au niveau provincial<sup>4</sup>.

Au Nouveau-Brunswick, une étude soulignait qu'une fois les aspects géographiques pris en considération, la variable linguistique s'avérait discriminante dans l'état de santé des populations de la province<sup>5</sup>. Les francophones du Nord étaient ainsi les plus institutionnalisés et les plus hospitalisés de la province. Selon les auteurs, les anglophones du Nord bénéficiaient de conditions plus favorables.

Même parcellaires, ces conclusions correspondent à ce que prédit l'approche des déterminants de la santé, approche qui établit un lien étroit entre les conditions socioéconomiques et les conditions de santé. On comprendra dès lors que l'accessibilité des services de santé revêt une plus grande importance pour une population qui a davantage de défis à relever en matière de santé.

C'est dans ce contexte que les auteurs de l'étude sur l'accès aux services de santé en français qu'a coordonnée la FCFA ont dressé un portrait sociodémographique global de 71 communautés francophones en situation minoritaire (l'annexe B présente la liste complète des communautés étudiées). Pour ce faire, ils ont tout d'abord conçu une grille de collecte de données et une grille d'entrevue, et ont déterminé quelles communautés feraient l'objet de l'étude et quelles personnes devraient être interviewées. Par la suite, ils ont recueilli des données sur l'état de la situation dans toutes les provinces et tous les territoires, et ont effectué les entrevues auprès de plus de 300 personnes — celles-ci ont été choisies pour leurs connaissances de la situation ou la place qu'elles occupent sur l'échiquier sociosanitaire.

*... Les francophones minoritaires seraient plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé ...*

---

<sup>3</sup> Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, *Besoins et lacunes en matière de services de santé en français dans l'Est ontarien*, p. 17.

<sup>4</sup> *Ibid.*

<sup>5</sup> Jean-Bernard Robichaud, *Le système de services de santé, Tome 2*, dans la série *Objectif 2000, Vivre en santé en français au Nouveau-Brunswick*.

Étant donné qu'il est généralement admis que les indicateurs d'un état de santé précaire sont associés à des conditions socioéconomiques plus précaires, les auteurs de cette étude ont mis l'accent sur certains facteurs socioéconomiques des communautés francophones et les ont comparés aux données actuellement disponibles sur les anglophones. Ainsi, on y apprend :

- ☞ que les communautés francophones en situation minoritaire sont dispersées un peu partout au pays (la figure qui suit donne le nombre de francophones dans chaque province et territoire, et indique le pourcentage que ceux-ci représentent dans l'ensemble de la population de cette province ou ce territoire);
- ☞ que les membres de ces communautés sont, en général, plus âgés que ceux des communautés anglophones en situation majoritaire;
- ☞ qu'ils sont moins scolarisés que les anglophones;
- ☞ qu'ils sont moins nombreux sur le marché du travail que les anglophones, mais que leur revenu moyen est similaire à celui des anglophones.

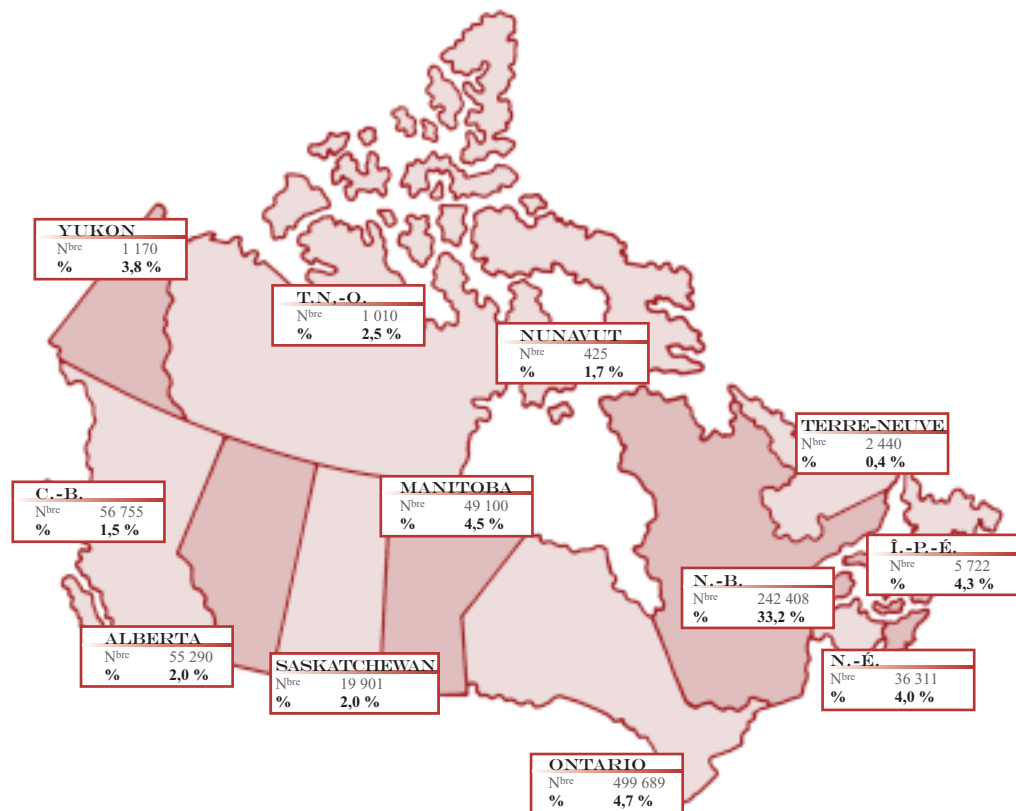


Figure 2  
Un bref portrait des communautés francophones minoritaires — 1996  
(selon la langue maternelle)

Source : Statistique Canada

Nota : Certains organismes et experts croient que la méthode qu'utilise Statistique Canada sous-estime le nombre de francophones dans chaque province et territoire. D'après leur formule, le nombre de francophones serait en fait de 5 à 10 % plus élevé.

Ce portrait sociodémographique des communautés francophones en situation minoritaire permet de cerner deux constatations importantes, à savoir que l'état de santé des membres de ces communautés serait plus précaire<sup>6</sup> et qu'il existe d'importantes *différences régionales* entre les diverses collectivités. Cette hétérogénéité milite en faveur d'une grande flexibilité dans les initiatives visant à accroître l'accessibilité<sup>7</sup>.

... Une santé plus précaire et hétérogénéité des communautés ...

### Un accès moindre

Pour les 71 communautés étudiées, il existe des écarts considérables entre les services en français et les services en anglais. Cette accessibilité serait en effet de 3 à 7 fois plus élevée pour les anglophones<sup>8</sup>. De ses travaux, le Comité dégage deux constatations importantes :

... Deux constatations ...

- ∞ Des différences régionales importantes. Si certains de ces écarts s'expliquent par le nombre et la densité des francophones, on observe aussi des variances significatives entre régions « comparables »<sup>9</sup>. D'autres facteurs importants agissent donc sur le niveau d'accessibilité.
- ∞ Des améliorations possibles partout. Même si les francophones de certaines régions disposent d'un meilleur accès aux services de santé en français, il demeure toujours possible de faire mieux. Aucune région ne peut s'enorgueillir d'avoir atteint son plein potentiel. Les améliorations possibles vont évidemment varier d'un endroit à l'autre, puisque les diverses communautés ne sont pas confrontées aux mêmes défis et ne partent pas du même point.

## LA NOTION D'ACCESSIBILITÉ ET LES LEVIERS D'INTERVENTION

### L'accessibilité

Avant de continuer notre examen de l'accessibilité des services de santé en français, il est important de s'entendre sur la signification de la notion d'« accessibilité ». Dans le *Petit Larousse*, le mot « accessibilité » est défini comme étant *l'état de ce qui peut être approché et de ce que l'on peut comprendre*<sup>10</sup>. Ce double sens correspond parfaitement aux visées du Comité. Ainsi, la notion d'accessibilité des services de santé est entendue comme étant la possibilité d'obtenir des services de santé (le sens d'approcher) en français (le sens de comprendre).

... Une définition de l'accessibilité ...

---

<sup>6</sup> FCFA, *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, p. 13.

<sup>7</sup> *Ibid.*

<sup>8</sup> *Ibid.*, p. 28.

<sup>9</sup> *Ibid.*, p. 37.

<sup>10</sup> Larousse, *Petit Larousse illustré 1998*, p. 32.

### Les cinq leviers définis par le Comité

Le CCCFSM privilégie une approche qui permettrait de renforcer les capacités communautaires dans la prévention et le traitement des problèmes de santé. Les initiatives proposées doivent ainsi viser une meilleure intégration des éléments tels que les services de première ligne, de prévention, de dépistage, d'information sur la santé, de diagnostic et de réadaptation, les soins de courte durée, les services spécialisés et surspécialisés ainsi que les soins de longue durée. Les initiatives doivent également favoriser l'établissement d'un continuum, selon une approche globale de la santé, qui va bien au-delà des aspects curatifs et qui accorde une attention particulière aux déterminants de la santé, de même qu'aux effets du milieu sur la vie des individus, des familles et des communautés.

Voici les leviers qui ont été définis :

- ☞ **Le réseautage** — pour animer et favoriser l'engagement du milieu et pour faciliter l'accès à des professionnels francophones.
- ☞ **La formation** — pour assurer à court, moyen et long terme la disponibilité de professionnels bilingues de la santé.
- ☞ **Le lieu d'accueil** — pour regrouper des professionnels de la santé et pour orienter les francophones vers des lieux où l'on parle leur langue, des lieux qui sont la manifestation physique, visible et tangible d'une offre active de services de santé en français.
- ☞ **La technologie** — pour renforcer la relation patient-professionnel par la télémédecine et les centres d'appels, pour faciliter les consultations entre professionnels, et pour assurer une utilisation maximale des données informatiques sur l'état de santé du patient.
- ☞ **L'information** — pour aider les intervenants à établir les priorités en matière de services en français, ou encore, pour orienter les usagers vers les ressources francophones disponibles et faciliter la prise en charge de leur santé.



*Succursale du Centre de santé  
communautaire de l'Estrie située à  
Alexandria (Ontario)*



La figure qui suit illustre les différentes composantes de la notion d'accessibilité. Pour chaque collectivité, il faudra déterminer quels éléments du cercle concentrique doivent être développés en priorité, sans négliger les autres, le tout étant interrelié. En outre, les particularités de la province dont fait partie chaque communauté doivent aussi être prises en considération, car les efforts déployés doivent s'inscrire dans le cadre des réseaux actuels de santé de cette province.

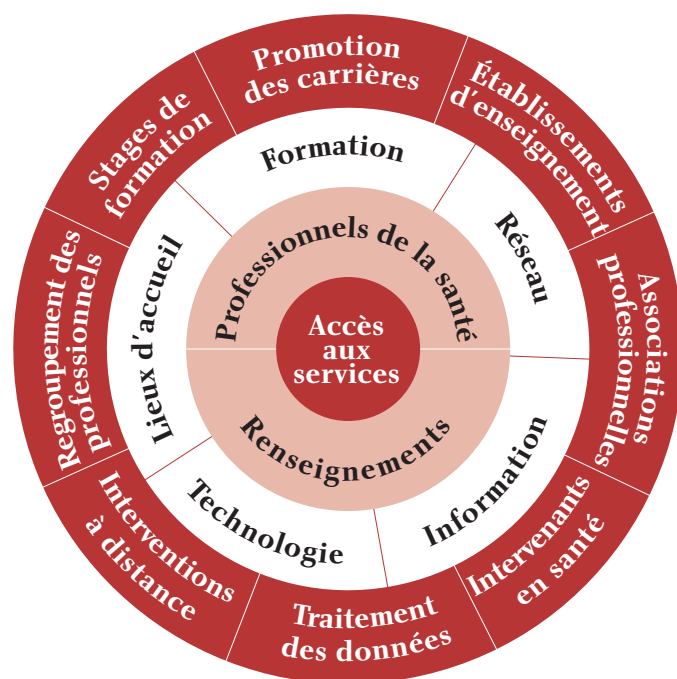


Figure 3  
La notion d'accessibilité des services de santé

### Une stratégie efficace

Pour qu'une stratégie d'accessibilité soit efficace, il faut qu'un certain nombre de conditions préalables soient réunies. Ces conditions ont été regroupées sous quatre prémisses stratégiques :

- ☞ le besoin d'agir autant sur l'offre que la demande;
- ☞ la nécessité d'un effort concerté;
- ☞ la reconnaissance des différences régionales;
- ☞ l'importance de la participation des communautés.

Une revue de la situation et des expériences en cours a souligné l'importance de travailler **simultanément sur l'offre et la demande de services de santé**. D'une part, les institutions et les autorités gouvernementales responsables de la fourniture des services de santé doivent être soutenues constamment dans leurs efforts de « francisation » et encouragées à surmonter énergiquement les

*... Prémisses  
stratégiques ...*

obstacles qui se présentent. Une offre proactive est essentielle à l'amélioration des services en français, car on ne peut pas demander à des personnes qui sont déjà dans un état de vulnérabilité de revendiquer des services en français. D'autre part, les citoyens et les communautés francophones doivent être encouragés à exprimer clairement leurs besoins et doivent participer activement à la prise en charge de leur santé.

Par ailleurs, l'amélioration de l'accessibilité des services de santé en français sera d'autant plus rapide qu'elle s'appuiera sur les **efforts concertés en matière de formation et de santé de la part des cinq groupes d'intervenants** : les professionnels de la santé; les gestionnaires en santé (y compris ceux des établissements de santé); les décideurs politiques; les établissements d'enseignement; et les communautés. Un engagement important et constant de chacun de ces intervenants est nécessaire pour réduire les obstacles à une amélioration de l'accessibilité.

Il faut également reconnaître que l'accès actuel et potentiel aux services de santé en français varie sensiblement d'une région à l'autre. Dès lors, les approches proposées doivent absolument prendre en considération les **spécificités des diverses communautés visées**.

Enfin, l'expérience démontre que **plus les francophones sont présents dans la structure décisionnelle et la gouvernance des établissements de santé, plus la place du français est respectée et est reflétée dans la prestation des services**, ce qui contribue au développement et à l'épanouissement des communautés francophones en situation minoritaire. En conclusion, il est important que les francophones soient présents dans les structures décisionnelles et qu'ils puissent jouer le rôle le plus large possible dans la gouvernance de leurs services de santé, car les minorités linguistiques ne peuvent pas être certaines que la majorité tiendra compte de toutes leurs préoccupations linguistiques et culturelles dans le processus de prise de décisions.



*Hôpital Notre-Dame, Hearst (Ontario)*

## CONTEXTE

Assurément, plusieurs initiatives visant à améliorer la qualité des services de santé en français ont été entreprises, que ce soit par des gouvernements provinciaux ou territoriaux ou des régies régionales de la santé. À titre d'exemples, mentionnons le Centre de santé Évangéline à l'Île-du-Prince-Édouard, les centres de santé communautaire francophones en Ontario, le programme du Centre national de formation en santé à l'Université d'Ottawa, le Centre de santé de Saint-Boniface et le programme de santé en français dans la région de la rivière de la Paix en Alberta.

Non seulement les efforts déployés par ces organismes méritent-ils d'être appuyés, mais ils doivent aussi être multipliés et étendus, et ce, dans le cadre d'une stratégie globale qui visera à assurer au million de Canadiens et de Canadiennes d'expression française vivant en situation minoritaire des services de qualité.

C'est pourquoi le Comité recommande à Santé Canada de mettre en œuvre une stratégie visant à activer les cinq leviers définis précédemment, et ce, de façon intégrée. Par ailleurs, pour être vraiment efficace, une telle stratégie doit s'appuyer sur certains principes directeurs.

*... Recommandation parapluie ...*

## LES PRINCIPES DIRECTEURS

### Une stratégie différentielle

Comme il a été mentionné à plusieurs reprises, les initiatives quinquennales proposées dans le présent rapport auront le même objectif général — améliorer l'accès dans toutes les collectivités — mais le point de départ et d'arrivée aux années zéro et cinq, respectivement, variera d'une région à l'autre.

La figure ci-après présente l'état de la situation eu égard aux trois grandes phases de développement des services de santé en français. Elle illustre bien le positionnement relatif des diverses provinces et territoires au pays.

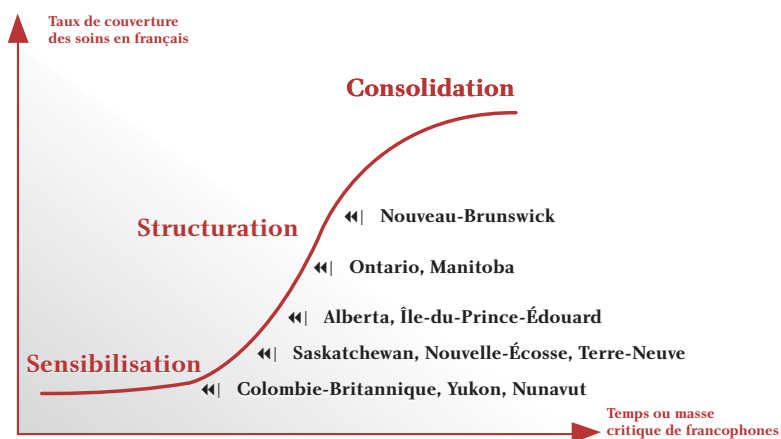


Figure 4  
Positionnement relatif des provinces et des territoires en fonction  
des grandes phases de développement des services de santé  
(excluant les Territoires du Nord-Ouest)

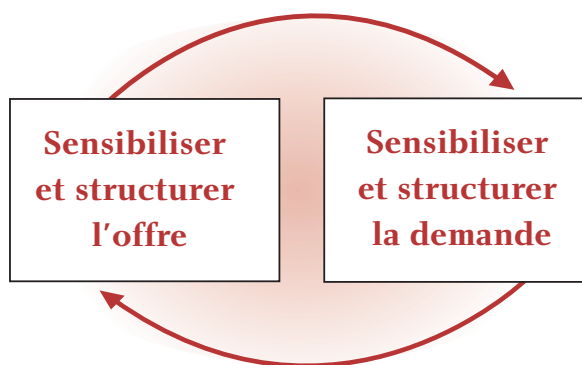
Au cours de la **phase de sensibilisation**, les francophones, leurs communautés, les professionnels de la santé, les institutions existantes et les autorités gouvernementales prennent conscience de la problématique des services de santé en français. La **phase de structuration**, quant à elle, constitue une étape de développement soutenu des services offerts en français. C'est au cours de cette période où l'offre de services se structure et s'institutionnalise. Pour ce qui est de la **phase de consolidation**, elle se concentre surtout sur la protection des acquis et l'adaptation aux nouvelles technologies et façons de faire.

Un schéma similaire pourrait être construit pour chacune des provinces. Dans un tel schéma on noterait que certaines sous-régions sont encore à leur phase de sensibilisation et que d'autres en sont à la phase de structuration, alors que d'autres approchent de la phase de consolidation.

La figure ci-dessus permet de voir que les améliorations à prévoir varieront d'une région à l'autre. Par conséquent, **il n'est pas possible d'appliquer la même solution** à l'ensemble des 71 communautés. Il faut donc avoir une stratégie différentielle suffisamment souple qui tienne compte des différences régionales.

### Une action sur l'offre et la demande

Les expériences en cours nous permettent de cerner l'importance de travailler simultanément sur l'offre et la demande de services. Ignorer une dimension rend la tâche beaucoup plus ardue et les résultats beaucoup plus incertains. La figure ci-après montre l'interrelation qui existe entre l'offre et la demande des services de santé en français.



*Figure 5*  
*Interrelation de l'offre et de la demande*

Pour stimuler l'offre, il est important d'**aider les fournisseurs de services de santé à être proactifs** et de veiller à ce que les responsables des établissements de santé appuient les initiatives du milieu et à ce que les autorités gouvernementales reconnaissent la légitimité des revendications des francophones. Les gouvernements ont l'obligation de créer un climat et une situation où les membres de chacune des communautés de langue officielle peuvent naître, être soignés et mourir dans leur langue. Étant donné la

vulnérabilité des malades, l'offre représente un aspect significatif à prendre en compte dans l'amélioration de l'accessibilité des services de santé en français.

Pour stimuler la demande, il est important de **sensibiliser les francophones à l'utilisation des services en français**. En effet, nombre de francophones hésitent à exprimer leurs besoins dans leur langue. Combien se satisfont d'un service qui est inférieur, d'une situation où ils ne se sentent pas compris par un professionnel de la santé, où ils ne comprennent pas bien les conseils ou ordonnances du personnel soignant?

En somme, si les fournisseurs de services ne sont pas proactifs, si les responsables d'établissements n'appuient pas les initiatives du milieu, si les autorités gouvernementales ne reconnaissent pas la légitimité des revendications des francophones, il sera difficile de répondre à la demande. Par ailleurs, si les francophones hésitent à exprimer leurs besoins, si la communauté ne valorise pas les efforts réalisés par les professionnels de la santé, si les associations de francophones ne donnent pas la priorité aux dossiers relatifs à la santé, il sera difficile de faire évoluer l'offre de services dans le sens souhaité.

## Un effort concerté

Comme nous l'avons vu précédemment, l'amélioration de l'accessibilité des services de santé en français sera d'autant plus efficace qu'elle s'appuiera sur les efforts concertés des trois grands groupes d'intervenants (milieu, institutions et autorités politiques). La figure ci-après illustre justement ce propos.

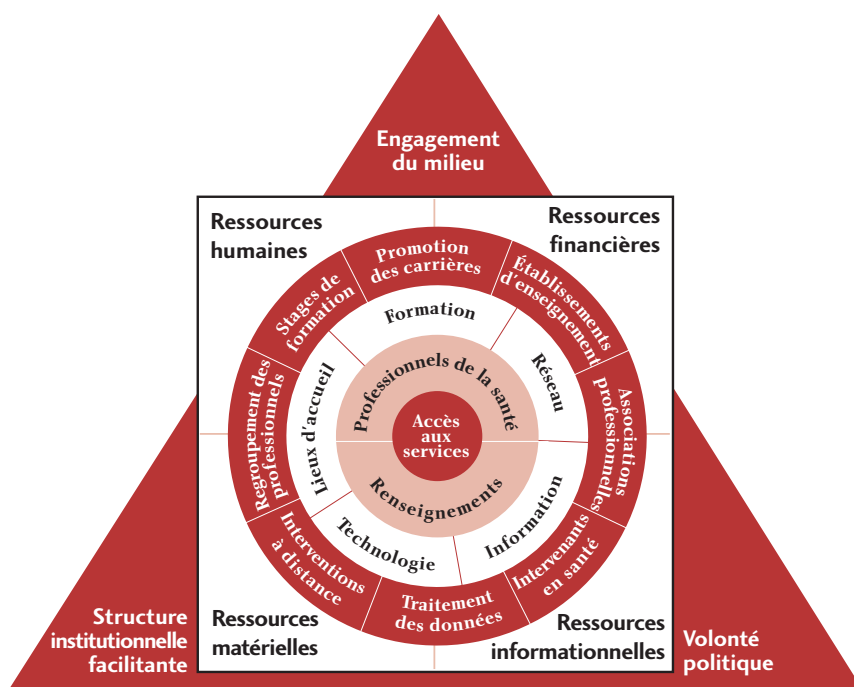


Figure 6  
Le prisme d'une approche gagnante

**L'engagement du milieu** signifie que la communauté doit reconnaître l'importance des services de santé en français. Elle doit en prendre conscience, déterminer ses besoins, exprimer la demande et en faire la promotion; elle doit s'organiser pour influencer l'offre de services; elle doit se donner les moyens pour atteindre ses objectifs en matière d'accessibilité des services de santé. D'ailleurs, un rôle accru pour les communautés dans le secteur de la santé devient d'autant plus possible que ce secteur se décentralise et continuera de se décentraliser. Cette tendance rend possible une implication communautaire francophone plus grande dans la gestion des services de santé en français et contribue ainsi à créer des circonstances favorisant le développement de la communauté.

**Des structures institutionnelles facilitantes** signifient la mise en place de mécanismes de planification, de coordination et de prestation plus officiels. Ces mécanismes peuvent être très développés dans certaines administrations, tandis qu'un important travail de renforcement s'impose dans de nombreuses régions. Étant donné que les structures des institutions de la majorité anglophone ne permettent pas toujours de reconnaître les besoins particuliers des francophones et d'y satisfaire, il faut que soient mis en place, dans le cadre des réseaux actuels de santé, des structures ou des mécanismes favorisant une plus grande appropriation ou prise en charge de la santé par les communautés francophones en situation minoritaire. Ainsi, ces communautés pourront déterminer les priorités propres à leur situation et définir les meilleures stratégies pour atteindre les objectifs ainsi fixés et, par conséquent, améliorer l'accès aux services de santé. La nature de ces mécanismes et l'étendue de cette prise en charge varieront évidemment selon les besoins et les capacités de ces communautés. L'appropriation pourrait, par exemple, aller d'une simple contribution à la définition des orientations d'un établissement sociosanitaire au contrôle exclusif d'un tel établissement, voire d'un réseau complet.

La **volonté politique** signifie un engagement gouvernemental, par des politiques, des lois ou des règlements qui reconnaissent l'importance de l'accès aux services de santé en français pour les communautés francophones en situation minoritaire. Afin d'assurer la pertinence et le succès des initiatives gouvernementales, il est important de faire participer les communautés à leur planification et à leur réalisation.

La situation de chaque communauté étant particulière, il faudra parfois mettre l'accent sur l'engagement du milieu, parfois sur les structures institutionnelles, et parfois sur la volonté politique. On peut même, dans certaines collectivités, viser deux des axes ou les trois en même temps.

### **Une intervention sur chaque levier**

Chacune des initiatives d'amélioration de l'accessibilité des services de santé en français possède son mérite. Par ailleurs, une stratégie efficace exige que ces initiatives s'imbriquent les unes dans les autres et qu'elles soient implantées simultanément en fonction d'une logique locale et des caractéristiques démographiques des communautés.

## LES CINQ ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE

### Le réseautage

Étant donné l'immensité du territoire canadien, les communautés francophones sont dispersées un peu partout au pays. En effet, il y a des francophones dans toutes les provinces et dans tous les territoires du Canada. Toutefois, leur importance relative et leur niveau de concentration varient sensiblement d'une administration à l'autre.

Comme la santé est une sphère d'activité relativement compartimentée, les intervenants francophones sont non seulement isolés les uns des autres en raison de leur profession, mais se trouvent souvent, en tant que groupe minoritaire, noyés à l'intérieur de chacun des groupes et de chacune des associations. Or, il est très difficile, voire impossible, d'améliorer significativement la situation des communautés francophones si chacune continue de travailler isolément, en silos.

Si les communautés francophones, les professionnels francophones de la santé, les établissements d'enseignement, les établissements de santé et les associations professionnelles pouvaient se réseauter, il y aurait une meilleure circulation de l'information en français sur la santé et l'on pourrait contrer l'éclatement spatial des communautés ainsi que l'isolement des professionnels francophones. Il serait également possible de favoriser une meilleure collaboration et une utilisation plus efficace des ressources humaines, et de mieux satisfaire aux besoins des communautés. On permettrait aussi aux communautés et aux professionnels francophones d'influer sur le processus de décision des établissements de santé, ce qui pourrait se solder par un meilleur accès aux services en français.

**Le Comité recommande que Santé Canada mette en œuvre une initiative de réseautage pour permettre l'établissement d'une vingtaine de réseaux provinciaux et territoriaux et d'un secrétariat national, lesquelles entités constitueraient la base du développement de l'accès aux services de santé en français.** Les réseaux provinciaux et territoriaux pourraient, entre autres, établir des stratégies d'amélioration des services de santé en français; favoriser l'engagement des communautés; définir les besoins locaux; faire de la promotion et de la prévention; promouvoir les carrières en santé; et favoriser le regroupement des professionnels de la santé. Quant au secrétariat national, il aurait pour mandat de coordonner les efforts régionaux en vue de l'amélioration des conditions d'accès aux services de santé en français. Ce secrétariat faciliterait l'échange d'information entre les différents réseaux; offrirait un soutien technique aux réseaux régionaux; et représenterait les intérêts de ces réseaux auprès des intervenants nationaux.

Le réseautage conduirait à la création de liens concrets et durables entre les divers intervenants. Il permettrait une plus grande prise en charge communautaire et mettrait en rapport des individus et des établissements dans le but de planifier, de développer, de renforcer ou de maintenir des initiatives favorisant un meilleur accès à des services de santé en français. En somme, cette initiative permettrait de contrer la dispersion des communautés francophones

*... L'éclatement spatial des francophones ...*

*... La santé : un domaine très compartimenté ...*

*... Recommandation sur le réseautage ...*

et l'isolement des intervenants francophones; de mieux utiliser les ressources existantes; de mieux connaître les besoins des communautés; et de faciliter la coordination et le suivi du dossier de la santé, ce qui insufflerait un effet d'entraînement favorable aux services de santé en français.

### La formation de la main-d'œuvre

*... Une grave  
pénurie ...*

Au Canada, il y a actuellement une grave pénurie de professionnels pouvant servir les communautés francophones en situation minoritaire en français. De surcroît, le nombre d'inscriptions de francophones dans les programmes de formation en santé est insuffisant pour satisfaire aux besoins criants de ces communautés, car il faudrait le tripler, voire le quadrupler.

*... Déracinement  
des francophones  
étudiant en santé ...*

Pour étudier en français dans l'une ou l'autre des disciplines universitaires en santé, les membres des communautés francophones en situation minoritaire doivent souvent se rendre dans une autre ville ou province où est dispensée la formation. Une fois déracinés, peu d'entre eux reviennent dans leur communauté pour exercer leur nouvelle profession. L'autre solution qui s'offre aux francophones en situation minoritaire est d'aller étudier en santé dans l'établissement anglophone le plus près de chez eux. Toutefois, il est rare que, une fois diplômés, ceux-ci exercent leur profession en français et, encore plus rare, qu'ils reviennent dans leur communauté pour y travailler. Des études de l'OMS et de l'Organisation mondiale des collèges nationaux, académies et associations académiques des généralistes et des médecins de famille (WONCA) de même que l'expérience du Partenariat Acadie-Université de Sherbrooke démontrent qu'il y a deux critères de succès pour le recrutement et la rétention des professionnels de la santé, soit **la région d'origine du candidat et l'exposition du candidat à son milieu d'origine le plus tôt possible et le plus souvent et longtemps possible au cours de sa formation**. Aussi importe-t-il de renforcer la formation des étudiants en français aussi près que possible de leur milieu d'origine, de sorte qu'ils puissent ensuite exercer leur profession dans leur communauté et dans leur langue.

Il convient donc de trouver une solution qui permettrait à la fois de pallier la pénurie de professionnels de la santé en français, d'élargir la capacité de formation pour mieux répondre aux besoins et de veiller à ce que les futurs professionnels de la santé francophones puissent travailler dans leur langue et dans leur communauté d'origine.



*Centre de santé communautaire  
de l'Estrie, Cornwall (Ontario)*



Parmi les défis établis par le Centre national de formation en santé pour 1998-2003 mentionnons :

- former au moins 30 nouveaux médecins et 60 professionnels dans diverses autres sciences de la santé, professionnels issus des communautés francophones en situation minoritaire;
- le faire au moyen de partenariats visibles et dynamiques avec les diverses institutions dispensant de l'enseignement (particulièrement celles du Regroupement des universités francophones hors Québec) ou de la formation clinique dans les diverses communautés francophones en situation minoritaire afin de favoriser l'établissement des diplômés dans leur milieu de provenance;
- favoriser la complémentarité des enseignements et les dispenser dans les diverses régions par une approche novatrice combinant enseignement conventionnel et enseignement à distance.

C'est pourquoi le Comité recommande que Santé Canada vienne appuyer la mise en place d'un consortium pancanadien pour la formation de professionnels de la santé pouvant s'exprimer en français. Ce réseau national serait constitué de plusieurs établissements post-secondaires (par exemple, les universités de Moncton et d'Ottawa, les universités Sainte-Anne et Laurentienne, le Collège Saint-Boniface, la Faculté Saint-Jean et le Partenariat Acadie-Université de Sherbrooke), de partenaires communautaires et d'établissements de soins de santé dans les communautés. Il aurait pour rôle de donner suite aux stratégies de recrutement et de formation de futurs professionnels de la santé, notamment pour ce qui est de la mise en place dans les communautés de programmes de

*... Recommandation sur la main-d'œuvre ...*

formation orientés vers les besoins de celles-ci. Entre autres, il formerait les étudiants, ferait la promotion des carrières en santé en vue d'accroître le nombre d'inscriptions et veillerait à l'établissement des infrastructures nécessaires pour accueillir dans les communautés les étudiants qui décident de s'inscrire à un programme de formation universitaire en français dans le domaine de la santé.

L'actuel Centre national de formation en santé, qui est situé à Ottawa, a été mis sur pied grâce à un financement de Patrimoine canadien. Jusqu'à présent, il a produit d'excellents résultats. À titre d'exemple, durant les 9 premiers mois de son existence, il a élargi de 23 % la capacité d'accueil en médecine et de 5 % la capacité d'accueil dans 11 autres programmes, dont les sciences infirmières. Le CCCFSM estime qu'il est nécessaire de mettre en place une nouvelle structure, laquelle permettrait de mieux répondre aux besoins des communautés, car l'ancrage des étudiants dans leur milieu et le retour dans les communautés d'origine des personnes nouvellement formées sont les deux éléments essentiels de la solution au problème actuel.

Dans ce contexte, le Comité juge essentiel de garantir et d'accroître les efforts sur le plan de la formation en favorisant la mise en place d'un consortium, ce qui permettrait d'avoir une plus grande capacité de formation en santé et de veiller à ce que les futurs professionnels de la santé francophones puissent travailler dans leur communauté d'origine et dans leur langue.

... Une sous-utilisation des services préventifs ...

... L'importance des soins primaires ...

### Les lieux d'accueil

Comme elles n'ont souvent que peu ou pas accès à des services de santé dans leur langue, les communautés francophones en situation minoritaire ont tendance à sous-utiliser les services préventifs et à surutiliser les services curatifs.

On pourrait bien souhaiter que chaque collectivité francophone ait accès dans sa langue à tous les services de santé, y compris les soins surspécialisés. Cependant, pour améliorer les services de santé en français, le Comité privilégie en priorité les soins primaires, car ceux-ci constituent le premier niveau de contact avec le régime de santé et permettent de résoudre les principaux problèmes de santé. En améliorant l'accessibilité des soins primaires, on interviendrait là où la communication entre l'utilisateur des services et le médecin revêt beaucoup d'importance. Évidemment, il s'agit ici d'une question de priorité. Ainsi, dans les cas où les services primaires sont bien développés, il faudrait bien sûr se concentrer sur les soins spécialisés.

Le Comité estime qu'il ne serait pas opportun d'appliquer une approche unique, car toutes les communautés ne doivent pas faire face aux mêmes défis. Il considère aussi qu'il serait plus approprié de mettre en œuvre des solutions qui pourraient être modulées en fonction de la situation de chaque communauté. Ayant constaté l'existence d'un certain continuum, d'une progression logique du développement des services de santé en français, le Comité a recensé 6 modes de prestation des soins primaires et 11 modes de prestation des soins spécialisés dans ce continuum. La figure ci-après illustre le continuum des soins primaires, lequel va de la prestation de services en solo à la prestation de services en groupes multidisciplinaires formels, sans oublier la fourniture de services par des centres d'appel. (Pour les 11 modes de prestation des soins spécialisés, consulter l'annexe E.)

Continuum de la prestation des soins spécialisés de santé	Modes de prestation des services
<p>minimale</p> <p>de base</p> <p>avancée</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prestataires « solo » ou en regroupement</li> <li>2. Réseau multidisciplinaire</li> <li>3. Centre d'appels</li> <li>4. Programme clinique pour clientèle cible               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) services d'un interprète au besoin</li> <li>b) au moins une ressource parlant français</li> <li>c) équipe parlant français</li> </ol> </li> <li>5. Regroupement formel multidisciplinaire (excluant médecins)               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) extra-muros</li> <li>b) intra-muros</li> </ol> </li> <li>6. Regroupement formel multidisciplinaire (incluant médecins)               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) de base</li> <li>b) substantiel</li> </ol> </li> </ol>

Figure 7  
 Typologie progressive des modes de prestation des soins primaires en fonction des besoins et des capacités des milieux

Pour rendre plus accessibles les soins primaires, il conviendrait de déterminer pour chaque communauté le mode optimal de prestation de services en tenant compte des paramètres démographiques et géographiques et des services en place, puis d'examiner comment le développement des infrastructures s'inscrirait dans l'effort de restructuration des soins primaires de chaque province. Par la suite, il faudrait déterminer quelles sont les ressources humaines, matérielles et informationnelles requises pour chaque communauté et voir à l'intégration optimale des besoins des communautés dans les services locaux et régionaux. L'objectif ainsi visé serait de permettre à toutes les communautés d'avoir, chacune à son niveau, un meilleur accès aux services de santé en français, ce qui aurait des retombées positives sur l'ensemble de la population du pays.

Le Centre de santé Évangéline, à l'Île-du-Prince-Édouard, illustre bien que l'on peut offrir des services de santé aux minorités linguistiques même lorsque le nombre de francophones est modeste. On peut dire que, dans la figure 7 (voir la page précédente), le Centre Évangéline se trouve au niveau 5b.

Par son Fonds pour l'adaptation des soins de santé, le ministère fédéral de la Santé a versé un financement à la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada pour qu'elle réalise une étude sur quatre modèles d'organisation de la santé communautaire en français. L'étude, publiée en juin 2000, a permis de démontrer hors de tout doute qu'en réunissant les trois conditions de base (engagement du milieu, volonté politique, structures facilitantes), on pouvait bien servir les communautés minoritaires, et ce, même dans les cas de faible densité de population. L'étude portait sur le Centre de santé communautaire Évangéline, à l'Île-du-Prince-Édouard; le Centre de santé communautaire de Sudbury, en Ontario; le Centre médical Seine, à Sainte-Anne au Manitoba; et les services intégrés au Centre de santé Sacré-Cœur, en Alberta. On peut consulter l'étude à l'adresse <http://www.franco.ca/fcfa/documentation/index.html>

**Le Comité recommande que Santé Canada appuie financièrement l'établissement d'infrastructures et de lieux d'accueil qui amélioreront l'accès aux services de santé pour les communautés francophones en situation minoritaire, et qui tiendront compte des paramètres démographiques et géographiques et des services en place.** Ce faisant, on contribuerait à réduire le temps de consultation des francophones, à diminuer la multiplication des tests diagnostiques ainsi que la probabilité de commettre des erreurs dans les diagnostics et les traitements; on améliorerait la qualité des services; et on augmenterait la probabilité de fidélité aux traitements.

*... Recommandation sur les infrastructures ...*

### **La technologie et l'information stratégique**

Étant donné la pénurie nationale de professionnels qualifiés pouvant s'exprimer en français et la dispersion géographique des 71 communautés, il faut trouver des formules novatrices qui permettront de mieux suivre l'usager des services dans le régime des soins de santé. Bien que peu connues, les nouvelles technologies offrent des voies prometteuses à cet égard.

*... Les nouvelles technologies sont prometteuses ...*

Ainsi, il serait possible d'offrir des télésoins à domicile (soit le recours aux technologies de l'information et des communications pour offrir des soins à domicile) en français. On pourrait aussi créer des technostructures qui permettraient aux professionnels francophones de la santé d'avoir un accès virtuel aux services des grands centres urbains francophones (comme Montréal, Sherbrooke ou Winnipeg) et mettre en place des services de télémédecine et de téléradiologie. On pourrait également créer des dossiers médicaux électroniques uniquement en français afin de stimuler l'offre de services dans cette langue et mettre en place des centres d'appels.

### *... Recommandation sur la technologie ...*

Les applications des technologies de l'information et des communications dans la prestation des services en français sont nombreuses. Il importe donc de tirer parti de ces nouvelles technologies pour faire tomber les barrières linguistiques et les obstacles géographiques, afin que des services de santé, d'éducation sanitaire et d'information puissent être offerts en français sur de grandes et de courtes distances. **Le Comité recommande donc que Santé Canada investisse dans le développement des technostructures nécessaires pour les communautés francophones en situation minoritaire.**

### **La recherche et la sensibilisation**

#### *... Peu de données sur l'ensemble des communautés ...*

À l'heure actuelle, il manque de données suffisantes sur l'ensemble des communautés francophones en situation minoritaire et sur leur état de santé, ce qui complexifie les efforts de planification et de mise en œuvre de stratégies proactives. Des données illustrant l'état de santé de ces communautés, montrant comment ces communautés sont traitées dans les régimes de santé provinciaux et indiquant quels services leur sont offerts seraient essentielles pour mieux déterminer les besoins à moyen et à long terme de ces communautés et établir des stratégies plus ciblées.

#### *... Recommandation sur la recherche et la sensibilisation ...*

Le Comité recommande donc que Santé Canada vienne appuyer l'établissement, au sein des Instituts de recherche en santé du Canada — et plus précisément de l'Institut de la santé publique et des populations —, d'une chaire ou d'une initiative de réseautage entre les chercheurs des différents établissements postsecondaires en vue d'étudier les déterminants de la santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire et d'examiner les besoins particuliers de ces communautés. Santé Canada devrait aussi sensibiliser les autres organismes fédéraux (Statistique Canada, Développement des ressources humaines Canada, Institut canadien d'information sur la santé, etc.) à la nécessité de tenir compte et d'inclure des variables liées à la langue et à la culture dans leurs travaux, ainsi que de recueillir des données permettant de suivre de près la santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire. De plus, Santé Canada devrait favoriser le développement de la capacité interne de recherche de ces communautés. Ce faisant, Santé Canada créerait un cadre qui permettrait au gouvernement fédéral de donner aux provinces des données pertinentes et fiables sur les communautés francophones en situation minoritaire — un rôle fédéral — et d'établir des stratégies plus ciblées en vue de venir appuyer l'épanouissement et le développement de ces communautés. En outre, en développant leur capacité interne de recherche, les communautés pourraient influencer davantage sur les travaux et, ainsi, contribuer à la production de conclusions plus utiles encore. Elles seraient donc mieux à même de prendre en charge la santé, ce qui contribuerait à leur développement et à leur épanouissement.

### LA MISE EN ŒUVRE DES INITIATIVES

La mise en œuvre des initiatives prévues dans la stratégie proposée devra être effectuée de façon intégrée et cohérente. Pour en maximiser l'impact, il est essentiel de trouver un moyen de favoriser l'engagement des communautés et des divers intervenants. C'est pourquoi le Comité estime essentiel le réseautage, car celui-ci permettrait de mettre en rapport les différents intervenants en santé et les communautés francophones, de mobiliser l'engagement du milieu, de définir les besoins des diverses communautés francophones en situation minoritaire et de faire de la promotion et de la prévention au sein de ces communautés.

Dès que l'initiative de réseautage aura été lancée, il importera de mettre en œuvre simultanément les autres volets — soit le recrutement et la formation de la main-d'œuvre, la mise en place d'infrastructures d'accueil (prioritairement pour les soins primaires), la mise en place de technostructures, la recherche et la sensibilisation, ainsi que l'amélioration de l'accès aux programmes et aux fonds spécialisés de Santé Canada —, car ces composantes sont intimement liées les unes aux autres et elles créeraient, ensemble, un effet de levier d'une puissance suffisante pour produire le changement désiré.



*Centre de santé Sacré-Cœur, McLennan (Alberta)*

## LES MODALITÉS DE FINANCEMENT

De nouveaux investissements seront nécessaires pour mettre en œuvre nos recommandations en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les communautés francophones en situation minoritaire. Certains de ces investissements, tels ceux requis pour le réseautage, auront une portée spécifique et exclusive à la communauté francophone tandis que d'autres, comme l'installation de nouvelles technologies dans une région ou le recrutement de personnel bilingue, pourront avoir pour effet d'augmenter l'accessibilité de certains services à toute la population de la région. Certains investissements peuvent être immédiatement quantifiés avec précision alors que d'autres refléteront les capacités différentes d'absorption et le rythme varié de développement des services dans les communautés. Compte tenu de ces considérations, nos travaux nous permettent de soumettre les estimations suivantes :

- ∞ Le fonctionnement de réseaux communautaires francophones capables de rallier les différents partenaires pour la planification, le développement et l'appui à la prestation de services de santé en français nécessitera environ 5 millions de dollars par année.
- ∞ En septembre 1999, le ministre fédéral de la Santé et ses homologues provinciaux et territoriaux ont convenu de la nécessité de prendre des mesures afin de relever le défi d'assurer une offre suffisante, fiable et abordable de ressources en santé, y compris de médecins, ainsi que d'infirmières et d'infirmiers. La formation et le recrutement de personnel francophone et/ou bilingue qualifié dans les diverses disciplines de la santé peuvent certes s'inscrire, du moins en partie, à l'intérieur de ces efforts planifiés par les différents ordres de gouvernement. De plus, la nature et le niveau des investissements dépendront de la capacité actuelle d'absorption des établissements existants de même que de leur capacité à attirer des recrues. On peut toutefois prévoir un besoin de crédits gouvernementaux de l'ordre d'environ 15 millions de dollars par année pour la formation. Au cours des premières années, cette somme couvrira l'établissement d'un réseau de formation en français.
- ∞ La mise en place graduelle d'une infostructure de la santé pour desservir les communautés francophones en situation minoritaire pourrait atteindre 20 millions de dollars.
- ∞ Quant à la mise en place d'infrastructures où les francophones pourront obtenir des soins de première ligne en français, on peut estimer que l'établissement et le maintien de tels lieux d'accueil demanderont un investissement annuel d'environ 25 millions de dollars. Cette estimation prévoit aussi les coûts associés à la période de transition. De plus, dans la mesure où leur établissement entraînera un déplacement de la demande actuelle francophone vers les nouveaux centres, on ne peut cependant pas parler d'une dépense entièrement nouvelle.

Pour financer l'ensemble de ces initiatives, il importe d'utiliser les mécanismes actuellement disponibles et de prévoir de nouveaux instruments.

## Les mécanismes existants

Pour que les initiatives prioritaires puissent être mises en œuvre le plus rapidement possible, le Comité suggère de recourir de façon transitoire à des services et à des mécanismes déjà existants, notamment le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP). Le Comité considère aussi que **les communautés francophones en situation minoritaire devraient avoir**

Le PICLO est une initiative de 5,5 millions de dollars par année sur cinq ans qui veut encourager et stimuler les partenariats entre les communautés de langue officielle en situation minoritaire et les organismes fédéraux. Cette initiative vise à assurer que les programmes, les politiques et les services de ces organismes tiennent compte des besoins et des réalités des communautés de langue officielle afin de soutenir leur développement. À cette fin, le PICLO offre un financement complémentaire aux contributions des autres organismes fédéraux. Cette initiative est aussi destinée à aider les associations qui représentent les communautés de langue officielle en situation minoritaire à mieux connaître les programmes et les services du gouvernement canadien et à mieux s'en prévaloir.

**d'avantage accès aux différents programmes fédéraux de promotion et de prévention en matière de santé, ainsi qu'aux fonds spécialisés de Santé Canada (Santé de la population, Infosanté, recherche, etc.).** Le Partenariat interministériel avec les communautés de langue officielle (PICLO) entre Santé Canada et Patrimoine canadien pourrait également jouer un rôle à cet égard. En outre, le Comité recommande que **ces programmes et fonds soient utilisés pour appuyer l'amélioration de l'accessibilité des services de santé en français.** En ayant davantage accès aux différents programmes et fonds spécialisés du ministère fédéral de la Santé, que ce soit dans les domaines de

la recherche, de la promotion de la santé ou de la prévention des maladies, les communautés seront plus en mesure de déterminer leurs besoins, de les exprimer et de s'organiser pour mieux influencer l'offre de services.

## La création de nouveaux mécanismes nécessaires au plein déploiement des initiatives intégrées

Bien qu'il soit possible d'avoir recours aux ressources financières existantes, elles ne seront pas suffisantes pour mettre en œuvre la stratégie proposée. De plus, les mécanismes à la disposition du gouvernement visent des objectifs plus généraux. Le Comité suggère donc de créer des mécanismes de financement spécifiques permanents, dont un programme d'action communautaire ciblé pour les communautés francophones en situation minoritaire avec des ressources distinctes, et une enveloppe spéciale dans le cadre du Programme de partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé. D'autres mécanismes pourraient être calqués de la même manière avec des enveloppes leur étant destinées. Une autre approche consisterait à négocier des ententes fédérales-provinciales-territoriales portant sur la stratégie proposée et les coûts connexes. La combinaison de plusieurs approches pourrait aussi être envisagée après de plus amples consultations auprès des provinces et des territoires ainsi que des communautés visées.

*... Le recours au PICLO et au FASSP ...*

*... Recommandation sur les programmes et les fonds fédéraux liés à la santé ...*





## VERS UN AVENIR MEILLEUR

Depuis novembre dernier, le Comité a organisé plusieurs séances de sensibilisation sur l'importance d'améliorer l'accessibilité des services de santé en français. Entre autres, il a soumis des recommandations préliminaires au ministre fédéral de la Santé (qui les a acceptées) et a présenté ses travaux et ses recommandations aux sous-ministres provinciaux et territoriaux de la Santé et des Affaires francophones. Au cours des prochains mois, le Comité présentera ses travaux et ses recommandations, à des fins de consultation, aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé et à ceux des Affaires francophones, puis tiendra une conférence nationale les 3 et 4 novembre 2001, à Moncton.

Le défi d'améliorer l'accessibilité des services de santé en français ne pourra être relevé que si tous les intervenants se sentent interpellés par cet ambitieux défi. Aussi les communautés francophones doivent-elles s'investir davantage dans l'engagement du milieu. Quant aux autorités gouvernementales et aux administrateurs des établissements de santé, ils doivent considérer ce défi comme un investissement rentable dans la santé de la population et non pas comme une dépense de plus au budget. Ils doivent également tenir compte des besoins particuliers des communautés francophones dans leurs processus décisionnels et instaurer des mécanismes ou des structures permettant une véritable prise en charge communautaire, ce qui aura aussi des retombées positives sur l'ensemble de la population du pays. C'est dans ce cadre que le Comité invite le gouvernement fédéral à travailler de concert avec les provinces, les territoires, les établissements de santé et les communautés à l'amélioration de l'accessibilité des services de santé en français. La stratégie d'intervention globale que propose le Comité comprend d'ailleurs différentes initiatives qui devraient être mises en œuvre en partenariat avec ces intervenants, dans un esprit de concertation.

Ayant compris qu'elles doivent s'organiser pour influencer l'offre de services, les communautés francophones n'accepteront plus désormais de recevoir passivement des services dans une langue autre que la leur.



BEAUDIN, Maurice. *La francophonie pancanadienne en 1996*, Comité national de développement des ressources humaines de la francophonie canadienne, Moncton, 1999.

BOWEN, Sarah. *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Ottawa, Santé Canada, 2001, 141 p.

CENTRE NATIONAL DE FORMATION EN SANTÉ (CNFS). *Modalités de gouvernance — Réseau national de formation en santé*, Ottawa, le Centre, 2001, 13 p. Version préliminaire.

CNFS. *Rapport sur les besoins de développement dans la formation postsecondaire de professionnels de la santé francophones*, Ottawa, le Centre, 2001, 13 p. Version préliminaire.

DIVISION DE L'ANALYSE QUANTITATIVE ET DE LA RECHERCHE (DAQR). *Comparaison d'âge moyen par province*, Ottawa, Santé Canada, 2001, 1 p. Version préliminaire d'un tableau comparatif montrant l'âge moyen des francophones de chaque province et territoire et l'âge moyen de l'ensemble de la population de cette province ou de ce territoire.

DAQR. *Demande de service de santé*, Ottawa, Santé Canada, 2001, 4 p. Version préliminaire d'un tableau montrant une prévision annuelle du nombre de visites des francophones dans le régime de santé actuel.

FÉDÉRATION DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES ET ACADIENNE DU CANADA (FCFA). *Grandir en français, utopie ou réalité?*, Ottawa, la Fédération, 2000, 61p.

FCFA. *La santé communautaire en français : analyse de quatre modèles au sein des communautés francophones et acadiennes*, Ottawa, la Fédération, 2000, 255 p.

FCFA. *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, Ottawa, la Fédération, 2001, 135 p.

GOUVERNEMENT DU CANADA. *Discours du Trône ouvrant la première session de la 37<sup>e</sup> législature du Canada*, Ottawa, 2001.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE RÉSEAUTAGE. *Pour des réseaux porteurs en santé*, Ottawa, Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, 2001, 18 p. Version préliminaire.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES INFRASTRUCTURES, LA PRESTATION DE SERVICES ET LES TECHNOLOGIES. *Accès à des services de santé en français pour les communautés francophones en situation minoritaire — Analyse complémentaire*, Ottawa, Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, 2001, 51 p. Version préliminaire.

GROUPE SECOR INC. *Calculs Soins Primaires*, Montréal, le Groupe, 2001, 10 p.

GROUPE SECOR INC. *Calculs Soins Spécialisés*, Montréal, le Groupe, 2001, 10 p.

GROUPE SECOR INC. *Coûts de mise en place des modèles de prestation de soins de santé — Une estimation basée sur la situation actuelle des communautés francophones et acadienne*, Montréal, 2001, le Groupe, 39 p.

PROGRAMME DE RECHERCHE, D'ÉDUCATION ET DE DÉVELOPPEMENT EN SANTÉ PUBLIQUE. *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, Sudbury, le Programme, 2000.

RÉSEAU DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS DE L'EST DE L'ONTARIO. *Besoins et lacunes en matière de services de santé en français dans l'Est ontarien*, le Réseau, septembre 1999, 68 p.

ROBICHAUD, Jean-Bernard. *Le système de services de santé, Tome 2*, dans la série *Objectif 2000, Vivre en santé en français au Nouveau-Brunswick*, Édition d'Acadie, 1986.

SANTÉ CANADA. *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Santé Canada, 1999, 230 p.

SAVOIE, Donald J. *Mise en application de l'article 41 (partie VII) de la Loi sur les langues officielles*, Ottawa, Santé Canada, 2000, 20 p., Rapport Savoie.

**COPRÉSIDENTS**

Hubert Gauthier	Hôpital général de Saint-Boniface
Marie E. Fortier	Santé Canada

**COSECRÉTAIRES**

Paul-André Baril	Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (FCFA)
Pierre LeBrun	Santé Canada

**REPRÉSENTANTS DE LA PARTIE COMMUNAUTAIRE**

Georges Arès	FCFA
Lucille Auffrey	Association canadienne des infirmiers et infirmières du Canada
Anne M. Leis	Université de la Saskatchewan
D <sup>r</sup> Aurel Schofield	Formation médicale francophone, Nouveau-Brunswick
Jacques Schryburt	Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario
Anna Veltri	Collège du Savoir (Ontario)
D <sup>r</sup> Denis R.J. Vincent	Clinique médicale privée, Edmonton

**REPRÉSENTANTS DES PROVINCES**

Edmond LaBossière	Gouvernement du Manitoba
Lyne St-Pierre Ellis	Gouvernement du Nouveau-Brunswick
Denis Tardif	Gouvernement de l'Alberta

**REPRÉSENTANTS DE LA PARTIE FÉDÉRALE**

Gina Rallis	Santé Canada
Louise L. Trahan	Patrimoine canadien
Laurette Burch	Santé Canada
Marjolaine Guillemette	Patrimoine canadien (observatrice)
Cliff Halliwell	Santé Canada
David Fransen	Santé Canada
Murielle Brazeau	Santé Canada
Serge Lafond	Santé Canada



**PROVINCES****RÉGIONS****TERRE-NEUVE**

St-John's (incluant la péninsule Avalon)  
Côte Ouest  
Labrador

**ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD**

Queen's  
Prince Ouest  
Prince Est

**NOUVELLE-ÉCOSSE**

Clare  
Argyle  
Vallée Annapolis  
Sydney  
Pomuet  
Halifax/Dartmouth  
Chéticamp  
Île Madame

**NOUVEAU-BRUNSWICK**

Beauséjour  
Saint John  
Fredericton  
Nord-Ouest  
Restigouche  
Nord-Est  
Miramichi

**ONTARIO (89 %)**

Prescott/Russell  
Stormont/Dundas/Glengary  
Ottawa-Carleton  
Renfrew  
Toronto  
Hamilton/Wentworth  
Niagara  
Peel  
Simcoe  
Middlesex  
Essex/Kent  
Cochrane (Hearst/Kapusking)  
Cochrane (Timmins)  
Nipissing/Temiskaming  
Sudbury  
Algoma  
Thunder Bay  
Reste de la province\*

MANITOBA	Winnipeg Sud-Est Centrale Entre-les-Lacs Parkland Marquette Nord-Est
SASKATCHEWAN (78 %)	Regina Saskatoon Centre du Sud Moose Mountain Parkland Nord-Est North Battleford Gabriel Springs Prince Albert Reste de la province*
ALBERTA (82 %)	Calgary Lakeland Peace River Mistahia Reste de la province*
COLOMBIE-BRITANNIQUE (67 %)	Capital Vancouver Burnaby Fraser Sud Richmond Okanagan Sud Nord-Intérieur Vancouver Centre Côte Garibaldi Thompson Reste de la province*
YUKON (71 %)	Whitehorse Reste du territoire*
NUNAVUT (76 %)	Iqaluit Reste du territoire*

(%) Pourcentage des francophones résidant dans les régions étudiées.

\* Région non étudiée dans le cadre de l'étude sur le terrain.



## ANNEXE C — RECOMMANDATIONS PROVISOIRES D'OCTOBRE 2000

---

1. Veiller à ce que soient inclus, dans la mise en œuvre de l'entente fédérale-provinciale-territoriale du 11 septembre 2000 sur la santé, des mécanismes qui contribuent à l'amélioration de l'accessibilité des services de santé pour les communautés francophones en situation minoritaire.
2. Assurer que des groupes francophones vivant en situation minoritaire participent dans les partenariats des Centres d'excellence pour le bien-être des enfants et que Santé Canada collabore avec la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (FCFA), afin de recenser les groupes francophones aptes à jouer un rôle de partenaire.
3. Faire en sorte que des experts francophones vivant en situation minoritaire siègent au comité consultatif des Centres d'excellence pour le bien-être des enfants.
4. Voir à ce que le Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé finance des projets qui visent à améliorer l'accessibilité des services de santé pour les communautés francophones vivant en situation minoritaire.
5. Faire le nécessaire afin qu'un nombre adéquat de francophones vivant en situation minoritaire soient présents au sein des conseils consultatifs des Instituts de recherche en santé du Canada.
6. Veiller à ce que les Instituts de recherche en santé soient mandatés pour faire des appels d'offres ciblés sur la santé des francophones vivant en situation minoritaire, particulièrement dans le domaine de la santé des populations.
7. Assurer la présence d'un nombre adéquat de francophones vivant en situation minoritaire au sein du conseil consultatif du Programme de santé rurale.
8. Collaborer avec la FCFA en vue de financer des projets visant à permettre aux communautés francophones vivant en situation minoritaire de mieux se réseauter dans le domaine de la santé.
9. Prendre des dispositions pour que les coprésidents du CCCFSM informent le ministre fédéral de la Santé du besoin d'assurer une représentation des communautés francophones en situation minoritaire au sein des comités consultatifs créés par Santé Canada.



### **À COURT TERME**

1. Réserver pour le financement des initiatives un pourcentage de la portion nationale du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Il faut tenir compte du besoin de rattrapage des communautés francophones dans le domaine des services de santé dans leur langue et du fait que de nouveaux services destinés à des populations francophones profitent aussi à la population anglophone habitant le même territoire puisque les professionnels en assurant la prestation sont bilingues.
2. Réserver prioritairement les fonds prévus dans le cadre du Partenariat interministériel avec les communautés de langue officielle entre Santé Canada et Patrimoine canadien à l'initiative de réseautage, puisque le réseautage représente la base de la stratégie d'amélioration préconisée par le Comité.

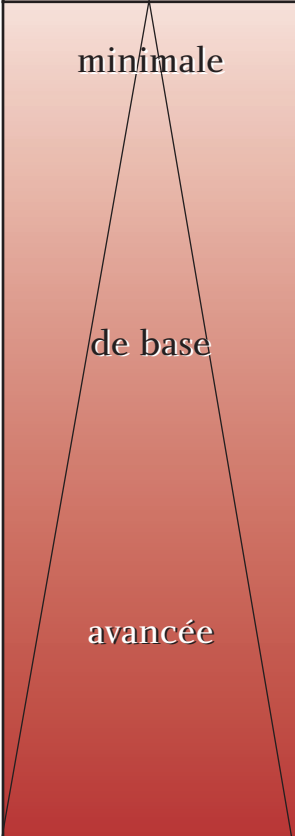
### **À MOYEN ET À LONG TERME**

3. Mettre en œuvre une initiative visant à appuyer l'organisation de réseaux provinciaux et territoriaux et d'un réseau national.
4. Appuyer la mise en place d'un consortium pancanadien pour la formation de professionnels de la santé pouvant s'exprimer en français. Un tel consortium multiétablissements inclurait des institutions universitaires francophones hors-Québec, dont le Centre national de formation en santé, et des institutions québécoises.
5. Appuyer l'établissement d'infrastructures et de lieux d'accueil qui amélioreront l'accès à des services de santé pour les communautés francophones en situation minoritaire en fonction de paramètres démographiques et géographiques et des services en place.
6. Veiller à ce que les communautés linguistiques minoritaires aient davantage accès aux différents programmes du ministère de la Santé ou fonds spécialisés (Santé de la population, Infosanté, recherche, etc.) et que ces programmes et fonds appuient l'amélioration de l'accès à des services de santé en français.
7. Prévoir des modules de financement spéciaux, tels qu'un programme d'action communautaire ciblé vers les communautés francophones en situation minoritaire, afin d'appuyer le réseautage, ou un financement par le truchement des ententes fédérales-provinciales-territoriales pour appuyer la formation de ressources humaines ou le fonctionnement d'infrastructures ou de lieux d'accès pour la prestation de services en français.
8. Établir, au sein de l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada, une chaire ou autre module s'intéressant aux besoins particuliers des communautés linguistiques minoritaires.
9. Sensibiliser les autres organismes fédéraux (Statistique Canada, Institut canadien d'information sur la santé, etc.) au besoin de tenir compte des aspects linguistiques dans leurs travaux.



## ANNEXE E — TYPOLOGIE PROGRESSIVE DES SOINS SPÉCIALISÉS

La typologie progressive des modes de prestation des soins spécialisés en fonction des besoins et des capacités des milieux

Continuum de la prestation des soins spécialisés de santé	Modes de prestation des services
 <p>minimale</p>	<p>A. Cadre non institutionnel</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Prestataires « solo » ou en regroupement</li><li>2. Réseau multidisciplinaire</li></ol>
<p>de base</p>	<p>B. Cadre institutionnel non désigné francophone</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. Services accueil-admission</li><li>4. Services de traduction</li><li>5. Services de liaison</li><li>6. Programme clinique pour clientèle cible</li></ol>
<p>avancée</p>	<p>C. Cadre institutionnel désigné partiellement ou totalement bilingue</p> <ol style="list-style-type: none"><li>7. Services accueil-admission</li><li>8. Accès à une équipe de professionnels parlant français</li><li>9. Services de liaison</li><li>10. Programme clinique pour clientèle cible</li><li>11. Ensemble des services en français</li></ol>
	<p>D. Cadre institutionnel francophone</p>

