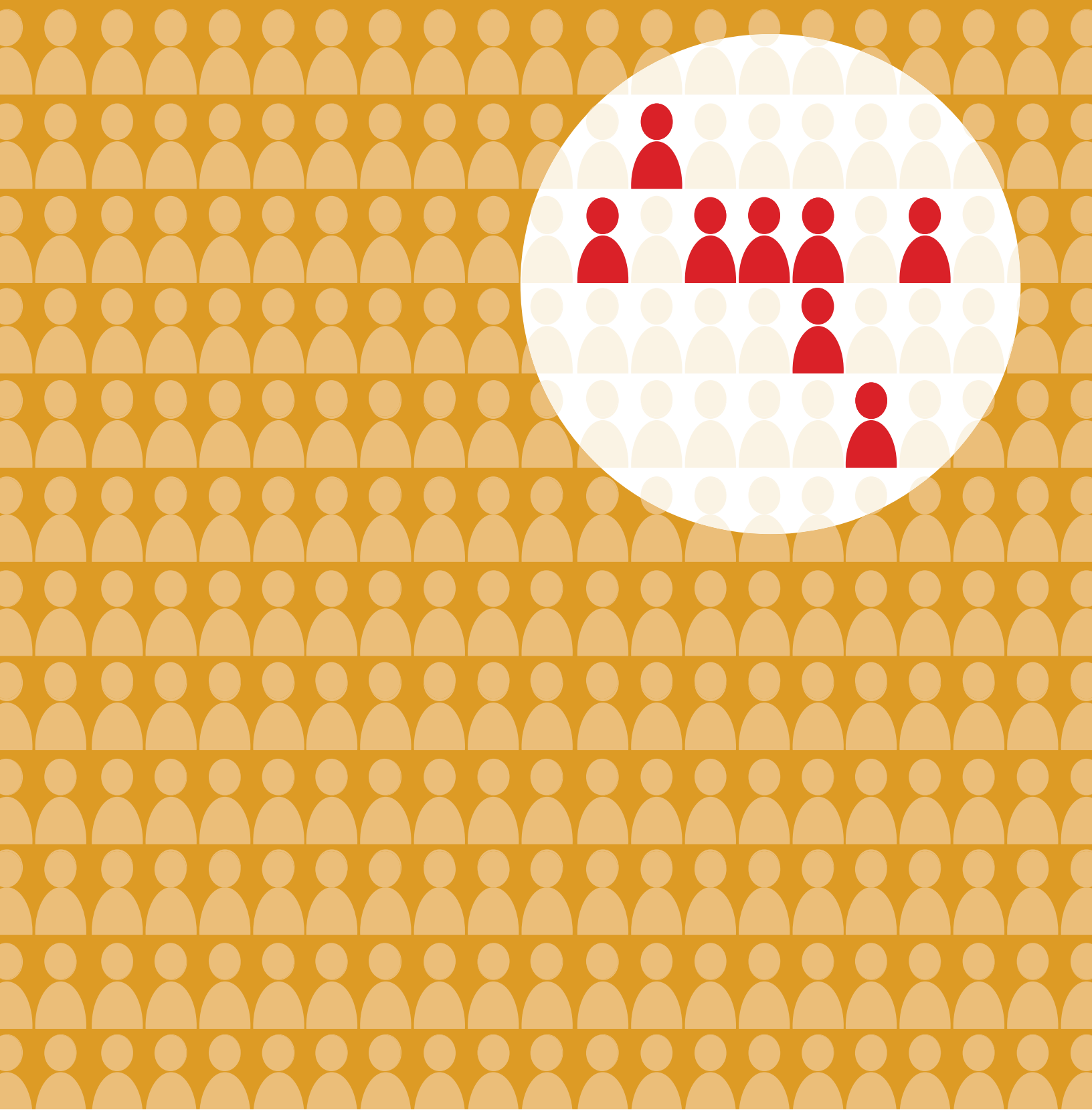
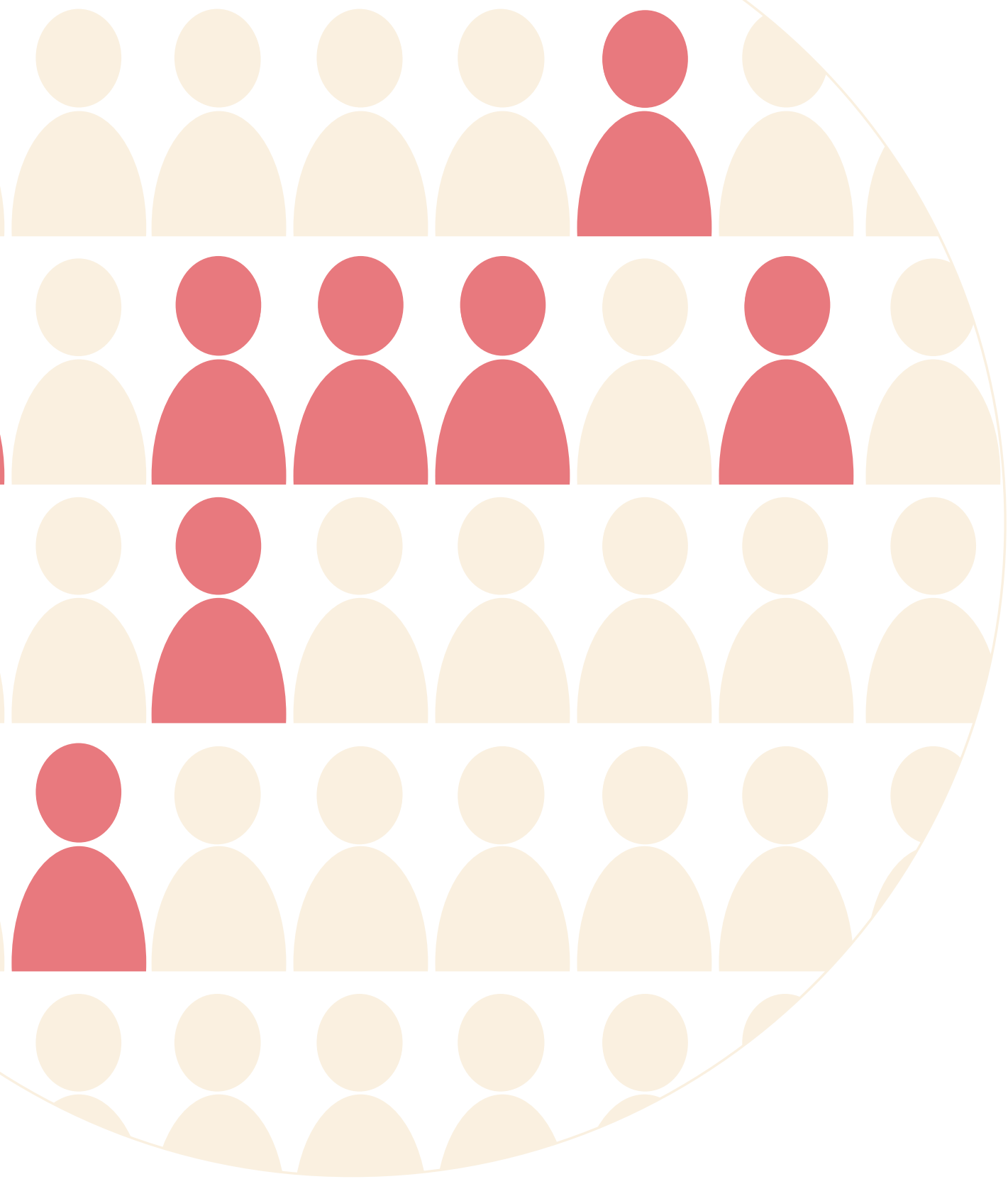


ÉTAT DE LA SITUATION ET ÉTUDE DE MODÈLES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES OFFERTS AUX FRANCOPHONES VIVANT EN SITUATION MINORITAIRE AU CANADA

Février 2016



ÉTAT DE LA SITUATION ET ÉTUDE DE MODÈLES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES OFFERTS AUX FRANCOPHONES VIVANT EN SITUATION MINORITAIRE AU CANADA

Février 2016

ASSOCIATION CANADIENNE DES CENTRES DE SANTE COMMUNAUTAIRE

CANADIAN ASSOCIATION OF COMMUNITY HEALTH CENTRES

Société Santé en français

www.cachc.ca **www.santefrancais.ca**

RAPPORT RÉALISÉ POUR L'ASSOCIATION CANADIENNE DES CENTRES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ACCSC) ET LA SOCIÉTÉ SANTÉ EN FRANÇAIS (SSF)

COORDINATION DU PROJET :

Axion, Ottawa (Ontario)
T. 613-369-4333 www.axionplus.biz

CONSEILLERS DU PROJET :

Simone Thibault, directrice générale, Centre de santé communautaire du Centre-ville et membre du conseil d'administration de l'Association canadienne des centres de santé communautaire

Michel Tremblay, directeur général, Société Santé en français

Scott Wolfe, directeur général, Association canadienne des centres de santé communautaire

Santé Canada Health Canada

Ce rapport est financé par Santé Canada dans le cadre de la Feuille de route pour les langues officielles du Canada 2013-2018 : éducation, immigration, communautés.

TABLE DES MATIÈRES

I SOMMAIRE 6

1 PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE 16

1.1 Mise en contexte

1.2 Méthodologie et limites

2 TENDANCES EN SOINS DE SANTÉ AU CANADA 19

2.1 Tendances touchant le secteur de la santé au Canada

2.2 Tendances touchant particulièrement les communautés francophones vivant en situation minoritaire

3 COMPOSANTES DES MODÈLES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES 23

3.1 Modèles de fonctionnement

3.2 Gouvernance

3.3 Services offerts

3.4 Financement

4 DÉFIS ET OBSTACLES 32

5 POSSIBILITÉS DE CROISSANCE 34

6 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS 36

BIBLIOGRAPHIE 39

I SOMMAIRE

Les soins primaires et les soins de santé primaires offerts aux francophones vivant en situation minoritaire diffèrent grandement d'une province ou d'un territoire à l'autre, puisque chacun a ses mécanismes particuliers en la matière. L'éventail va de la clinique qui offre certains services en français au centre de santé communautaire francophone offrant une gamme complète de services et de programmes exclusivement en français.

Plusieurs études ont démontré que les modèles intégrés de services de santé préconisant la collaboration interprofessionnelle donnent de meilleurs résultats en matière de prévention, de promotion de la santé, de gestion des maladies chroniques et de réduction du taux d'utilisation des autres services tels que les services d'urgence ou les hôpitaux. Les centres soins de santé primaires ciblés par cette étude devaient donc avoir les caractéristiques suivantes:

Organisme sans but lucratif recevant du financement public

Prestation de soins de santé primaires complets et intégrés

Approche pluridisciplinaire et collaborative

Accent sur l'engagement et la participation de la communauté

Cet exercice se veut une étude des modèles de gouvernance, des services offerts et des modèles de fonctionnement qui prévalent au sein des communautés francophones en situation minoritaire. L'étude examine également certains défis et obstacles auxquels doivent faire face les communautés, en plus de cibler des possibilités de croissance et des enjeux de développement. Dans un premier temps, l'étude fera un survol de certaines grandes tendances en soins de santé primaires au Canada et de l'incidence de ces tendances sur la prestation des services aux communautés francophones vivant en situation minoritaire.

L'objectif n'est pas de mener une analyse exhaustive, mais plutôt de mieux comprendre certaines tendances et modèles de soins primaires et de soins de santé primaires en place et de trouver des pistes de solutions en vue de mieux répondre aux besoins des communautés francophones vivant en situation minoritaire en ce qui a trait aux services de santé en français.

Dans le cadre de cette étude, aucun centre desservant les francophones en situation minoritaire et aucun représentant des réseaux locaux de la Société Santé en français n'a été ciblé pour la Saskatchewan, Terre-Neuve-et-Labrador et les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

TENDANCES EN SOINS DE SANTÉ AU CANADA

Santé Canada décrit plusieurs déterminants sociaux qui jouent un rôle important pour la santé des Canadiens : le revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, les milieux sociaux, les milieux physiques, l'hygiène de vie et les habiletés d'adaptation, le développement sain durant l'enfance, le genre et la culture. Selon le rapport «Community Health Centres: An Integrated Approach to Strengthening Communities, and Improving the Health and Wellbeing of Vulnerable Canadians and Their Families», les centres de santé communautaire établis au Canada desservent les populations les plus vulnérables et les aident grâce à un éventail de programmes ciblant la majorité des déterminants sociaux de la santé définis par Santé Canada.

Au cours des dernières années, plusieurs provinces ont mis de l'avant des modèles de soins primaires, mais ils diffèrent grandement les uns des autres en termes de structure, de gouvernance, de services offerts et de financement. Selon l'ACCSC, les provinces continuent de concentrer leurs efforts sur les soins primaires (c'est-à-dire cliniques), et ce, en dépit des nombreux éléments d'information provenant de partout dans le monde qui indiquent la nécessité d'offrir des soins de santé primaires complets, qui tiennent compte des déterminants sociaux de la santé.

En Ontario, des rapports et consultations récents proposent la mise en place de carrefours communautaires qui offriraient un point d'accès central à des services de santé et des services sociaux, culturels et de loisirs pouvant desservir toutes les couches de la société. Cette approche repose sur une intégration complète des services, plutôt que sur une simple colocation de partenaires. On est donc plus près du modèle de soins de santé primaires mis de l'avant par l'Association canadienne des centres de santé communautaires (ACCSC).

Selon le rapport du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé, déposé en juillet 2015, l'approche du Canada en matière de financement et d'organisation des services de santé est très mal intégrée. Le rapport affirme également que malgré des recherches et des données probantes démontrant l'efficacité de certaines méthodes (embauche d'infirmières praticiennes, soins virtuels, santé mobile), il y a peu d'innovation à grande échelle au Canada.

Bien que le gouvernement fédéral ne participe pas largement à la prestation des soins de santé aux Canadiens, plusieurs ministères fédéraux appuient directement et indirectement des clientèles plus vulnérables (aînés, militaires, Autochtones, femmes, immigrants et réfugiés, chômeurs).

TENDANCES TOUCHANT LES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES VIVANT EN SITUATION MINORITAIRE

Au cours des dernières années, plusieurs gouvernements provinciaux (Nouveau-Brunswick, Alberta, Île-du-Prince-Édouard) ont centralisé la gestion des soins de santé sous l'égide de réseaux régionaux ou provinciaux. Selon plusieurs dirigeants interviewés, cette tendance a eu pour effet de diminuer l'offre de services de santé en français pour les communautés vivant en situation minoritaire, en plus de réduire l'implication des francophones dans la gouvernance de ces institutions.

De plus, toujours selon les dirigeants de la Société Santé en français (SSF), les problèmes économiques de certaines régions (chômage) ou l'éloignement géographique d'autres régions (Yukon) nuisent considérablement au maintien d'une population francophone stable qui demande des services de santé en français et qui s'investit pour les obtenir. De plus, la dispersion

des francophones dans certaines grandes régions, comme c'est le cas à Vancouver, nuit à l'obtention de services de santé en français pour cette population.

Plusieurs personnes interviewées au cours de l'étude ont également mentionné la difficulté de recruter et retenir du personnel francophone, et encore plus du personnel spécialisé comme des psychologues ou des médecins.

Une autre tendance est le manque chronique de données statistiques valables pour cibler les besoins en soins de santé primaire des communautés francophones vivant en situation minoritaire. La fragmentation des bases de données, le manque d'information sur la langue, et les impératifs des lois sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée sont autant de facteurs qui, selon les dirigeants de la SSF, empêchent un réel partage d'information entre les fournisseurs de soins.

Plusieurs études ont mis en relief l'attitude selon laquelle lorsqu'un client francophone peut parler anglais, il n'est pas nécessaire de lui fournir des services en français. Selon une étude réalisée en 2010 par l'Atlantic Evaluation Group, ce problème semble généralisé à l'ensemble du système de santé. Pourtant, des exemples allant de simples anecdotes de mauvaise communication à des erreurs médicales graves ont maintes fois démontré la nécessité d'offrir des soins de santé en français aux personnes qui sont en état de détresse et de vulnérabilité.

Selon plusieurs études, l'impact des barrières linguistiques peut se faire sentir chez un patient dans plusieurs domaines: délai dans les soins; mauvaise compréhension des problèmes médicaux de la part des professionnels de la santé; augmentation du risque d'un mauvais diagnostic; et suivi inadéquat du traitement de la part du patient, ce qui peut résulter en un moins grand contrôle de sa douleur.

De plus, plusieurs fournisseurs de soins prennent des précautions additionnelles lorsqu'ils traitent un patient ayant des barrières linguistiques. Ils recommandent un nombre accru de tests de laboratoire, ce qui peut occasionner des hospitalisations plus longues ou des délais dans le diagnostic et le début du traitement.

Finalement, les barrières linguistiques occasionnent des manquements dans l'obtention du consentement du patient au traitement et dans la protection de ses données personnelles, compte tenu de la nécessité de faire appel à des interprètes ou traducteurs.

Les organismes d'agrément, comme Agrément Canada et le Centre canadien de l'agrément, reconnaissent de plus en plus que l'accessibilité linguistique constitue un facteur important de la qualité des services de santé, et ils travaillent à établir des normes pour assurer une communication efficace et sécuritaire centrée sur le patient.

MODÈLES DE SOINS PRIMAIRES ET DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

ONTARIO

En Ontario, quatre types de centres de soins de santé primaires desservent la communauté francophone. Tous sont des centres de santé communautaire. Certains centres offrent un service presque exclusivement aux familles francophones ou exogames, d'autres offrent des services aux francophones et aux anglophones en tant que fournisseurs de services en français désignés par le gouvernement de l'Ontario, d'autres sont des organismes anglophones non désignés qui offrent un nombre limité de programmes ciblés en français via du personnel francophone, et enfin d'autres desservent à la fois les francophones, les anglophones et les Autochtones.

Dans la majorité des cas, le territoire géographique est vaste. Les centres préconisent une approche de collaboration entre agences afin de faciliter la navigation des clients dans le réseau des soins de santé. Plusieurs centres offrent également une gamme de programmes qui touchent directement les principaux déterminants sociaux de la santé. Tous ces centres mettent de l'avant une approche interprofessionnelle, c'est-à-dire que les médecins, intervenants en santé mentale, promoteurs de la santé et autres travaillent ensemble afin d'améliorer l'accès aux soins et l'offre de soins. Dans la grande majorité des centres de santé communautaire ontariens qui ont répondu au questionnaire d'entrevue, les soins de santé primaires sont offerts uniquement aux clients qui répondent à certains critères d'admissibilité, tandis que les programmes communautaires et de prévention et promotion de la santé sont habituellement ouverts à toute la population.

Le nombre d'employés francophones varie grandement selon que le centre dessert une population majoritairement francophone, un seul programme ciblant les francophones, ou une population comprenant également des anglophones et/ou des Autochtones.

Selon le modèle des centres de santé communautaire en Ontario, tous les employés (médecins, infirmières praticiennes, nutritionnistes, et ainsi de suite) reçoivent un salaire annuel et non une rémunération à l'acte, comme c'est le cas normalement pour les médecins pratiquant dans des cliniques ou pratiques privées.

Selon plusieurs commentaires recueillis, il semble qu'à l'heure actuelle, le gouvernement de l'Ontario préfère ouvrir des bureaux satellites de centres existants plutôt que de mettre sur pied de nouveaux centres de santé communautaire. Le gouvernement croit ainsi réduire les risques en travaillant avec des organismes qui ont fait leurs preuves plutôt que de mettre en place de nouvelles structures administratives et communautaires.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Au Nouveau-Brunswick, province officiellement bilingue, tous les services de soins de santé primaires doivent être disponibles en français et en anglais. Cependant, selon les personnes interviewées, l'application de la législation n'est pas systématique dans toutes les régions de la province.

Jusqu'au début des années 2000, les centres de santé communautaire étaient populaires dans la province et livraient divers services de prévention et promotion de la santé. Ce modèle a été délaissé à cause d'un manque de financement des infrastructures. Depuis 2006, on a vu naître des centres de santé principalement axés sur la santé primaire. Selon l'ACCSC, plusieurs de ces centres ont réduit leurs programmes de prévention et de promotion de la santé et ont cessé leurs activités communautaires.

Aujourd'hui, certains organismes ont pour nom « centre de santé », « service de santé communautaire » ou « centre de santé communautaire ». Les centres sont gérés par deux réseaux du ministère de la Santé qui couvrent toute la province, les réseaux Vitalité et Horizon. Chacun des réseaux possède un conseil d'administration indépendant.

Il n'est pas nécessaire d'être un client inscrit pour recevoir des soins médicaux. Les médecins sont payés à l'acte et soignent leurs patients et les patients de leurs collègues en cas d'urgence, comme dans un cabinet de médecin.

Selon l'ACCSC, la plupart des centres de santé communautaire du Nouveau-Brunswick travaillent en isolement et la plupart d'entre eux mettent l'accent sur les soins primaires au détriment du développement organisationnel, du réseautage et du partage des ressources.

NOUVELLE-ÉCOSSE

En Nouvelle-Écosse, peu de centres de santé communautaire proposent des services en français, exception faite du Centre de santé de Clare – Centre Dr. Lionel J. d'Entremont, qui offre tous ses services dans les deux langues officielles.

Le Centre de santé de Clare a vu le jour à la suite de pressions exercées par des membres de la communauté et des médecins. Afin de rectifier une pénurie de services, la municipalité a construit un édifice pour héberger le Centre de santé. En plus de gérer l'édifice, la municipalité couvre aussi certains coûts de fonctionnement comme l'entretien, les fournitures médicales et le personnel de soutien.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Le Centre de santé Évangéline, qui a vu le jour en 1995, était à l'époque un pionnier du mouvement des centres de santé communautaire pour les francophones en situation minoritaire au Canada. Il était très indépendant et offrait des services intégrés, dont un bon service d'aiguillage. En 2010, le gouvernement provincial a transformé tous les centres de santé communautaire en des centres de santé dirigés par le ministère de la Santé. Aujourd'hui, le Centre offre des soins de santé primaires. Son personnel est bilingue et accepte des patients francophones et anglophones de la région Évangéline, en plus d'offrir des soins spécialisés en français à des patients de l'extérieur de la région.

ALBERTA

L'Alberta a établi 42 réseaux de soins primaires (Primary Care Networks). Ce sont des regroupements de médecins de famille qui travaillent en collaboration avec les instances de santé gouvernementales et les autres professionnels de la santé. Trois centres de santé communautaire œuvrant uniquement en anglais sont en activité en Alberta, soit deux à Calgary et un à Edmonton. Tout récemment, grâce aux conseils de centres de santé communautaire en Ontario et au Manitoba, la communauté francophone de Calgary a pu lancer son premier centre de santé communautaire. La Clinique francophone de Calgary se trouve encore sous l'égide du conseil d'administration de l'Association canadienne-française de l'Alberta, régionale de Calgary (ACFA Calgary). À l'heure actuelle, la clinique accepte comme clients les francophones, ainsi que les personnes vivant sous le même toit qu'un francophone.

La clinique est à la recherche d'un médecin de famille, mais elle peut déjà offrir les services d'une infirmière praticienne, d'un psychologue et d'un ergothérapeute. La grande majorité des services sont offerts uniquement en français.

MANITOBA

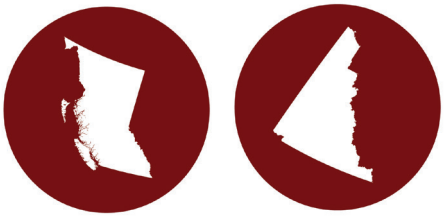
Au Manitoba, il existe un bon nombre de centres de santé communautaire, localisés principalement à Winnipeg, y compris le plus ancien centre de santé communautaire au Canada, la Mount Carmel Clinic, qui a ouvert ses portes en 1926. Tout comme au Nouveau-Brunswick, les centres de santé qui desservent les francophones sont surtout des établissements comprenant des lits pour soins personnels et transitoires qui offrent des services médicaux et d'urgence bilingues. Certains centres dans de petites communautés fournissent également des services communautaires : soins à domicile, soins palliatifs et promotion de la vie saine.

Seulement deux centres de santé offrant des services en français semblent correspondre au modèle de soins de santé primaires mis de l'avant par l'ACCSC, soit le Centre de santé Saint-Boniface et le Centre de santé Youville, les deux à Winnipeg.

En janvier 1999, le premier conseil d'administration du Centre de santé Saint-Boniface était créé. En juillet de la même année, une petite équipe de 12 employés débutait son travail à même les murs de l'Hôpital général de Saint-Boniface. Dès ses débuts, le Centre s'est distingué par son approche globale à l'égard du bien-être. Il regroupe sous un même toit médecins, infirmières, diététistes, nutritionnistes et conseillères en santé mentale.

Au fil des ans, le Centre a établi de nombreux partenariats avec la communauté afin d'offrir de meilleurs services à la population d'expression française, en plus de contribuer à la formation de personnel bilingue en santé.

Le Centre de santé Youville offre des soins de santé primaires bilingues, mais selon les responsables de l'ACCSC, on ne peut déterminer à quel point les services et programmes sont disponibles dans les deux langues officielles.

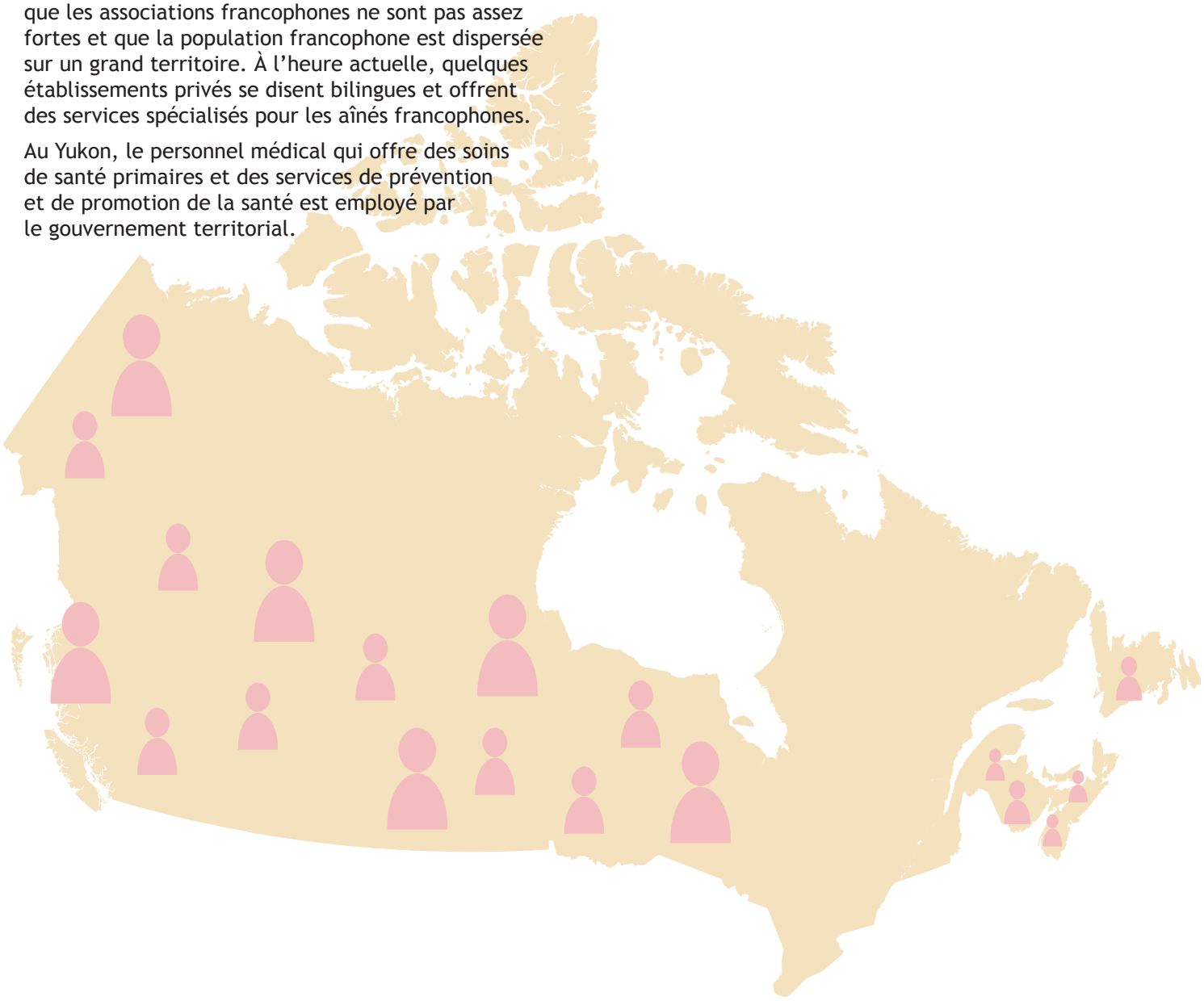


COLOMBIE-BRITANNIQUE ET YUKON

Ni en Colombie-Britannique, ni au Yukon a t'il de centre de santé communautaire francophone ou bilingue.

Selon les responsables de la Société Santé en français en Colombie-Britannique, il y a un grand problème d'accessibilité aux services de santé en français parce que les associations francophones ne sont pas assez fortes et que la population francophone est dispersée sur un grand territoire. À l'heure actuelle, quelques établissements privés se disent bilingues et offrent des services spécialisés pour les aînés francophones.

Au Yukon, le personnel médical qui offre des soins de santé primaires et des services de prévention et de promotion de la santé est employé par le gouvernement territorial.



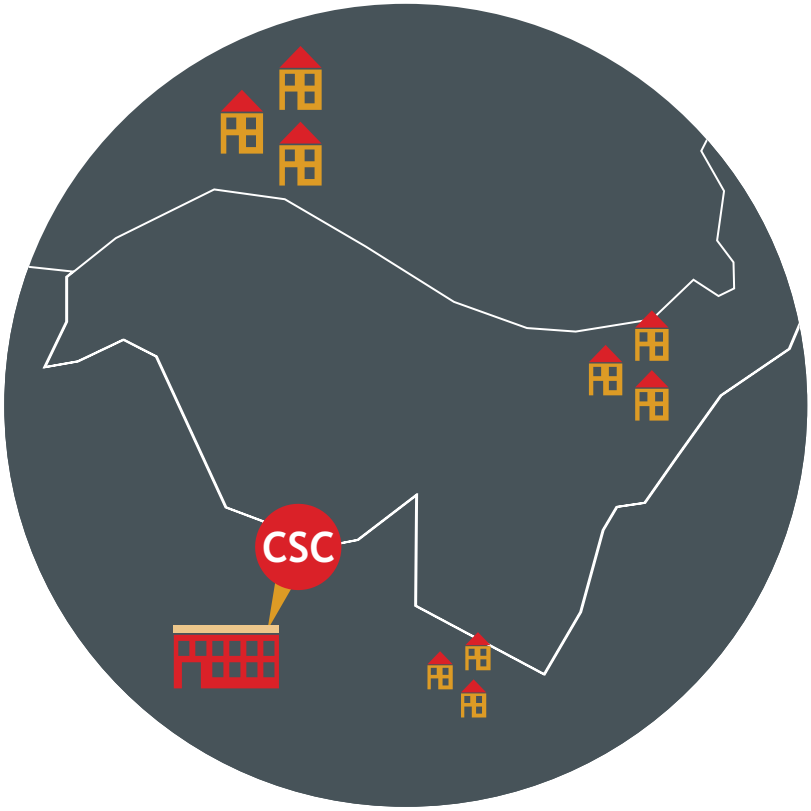
DÉFIS ET OBSTACLES

Les obstacles les plus importants auxquels font face les centres de santé communautaire desservant les communautés francophones vivant en situation minoritaire sont le manque de financement stable et le fait que de nouveaux programmes sont mis en place à l'aide de financement ponctuel, créant ainsi des attentes qui sont déçues une fois le financement épuisé.

Certains centres qui desservent uniquement les francophones doivent composer avec un territoire très vaste, ce qui pose des défis en offrant des services accessibles à toute la clientèle. Des problèmes de transport peuvent empêcher les francophones de participer à des activités de promotion de la santé.

Le recrutement de personnel médical francophone ou bilingue est une autre difficulté. Les centres de santé communautaire en milieu urbain font face à une importante concurrence de la part des autres établissements de santé, principalement dans les domaines spécialisés. Dans les régions éloignées, il y a une pénurie de professionnels de la santé francophones, qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

De plus, dans les régions éloignées, la formation professionnelle est coûteuse en temps (p. ex., temps de déplacement) et en argent (p. ex., coût des billets d'avion). Les centres ne sont pas toujours en mesure d'offrir de la formation professionnelle à leurs employés.



« Certains centres qui desservent uniquement les francophones doivent composer avec un territoire très vaste, ce qui pose des défis en offrant des services accessibles à toute la clientèle. »

CONCLUSION

Malgré le fait que les balises de la présente étude ne permettaient pas de réaliser un inventaire exhaustif des modèles et types de soins de santé primaire desservant les francophones vivant en situation minoritaire au Canada, les entrevues et commentaires recueillis nous permettent tout de même de dégager des tendances :

- **Les communautés francophones doivent continuellement s'adapter aux réalités politiques et économiques en ce qui a trait à la promotion des soins de santé primaires. Pour cette raison, les communautés se retrouvent avec différents modèles de santé primaire et de soins de santé primaires.**
- **Plusieurs communautés francophones rencontrent des défis politiques dans la mise sur pied de centres de santé communautaire, d'où la nécessité de travailler étroitement en partenariat avec des organismes nationaux comme la Société Santé en français et l'Association canadienne des centres de santé communautaire. Ces organismes peuvent aider à établir des liens avec d'autres organismes francophones ou bilingues situés ailleurs au Canada.**
- **La mise sur pied d'un centre de santé communautaire en milieu minoritaire peut être longue et ardue. Les communautés qui ont réussi réitèrent l'importance :**
  - D'obtenir l'appui d'un champion du secteur de la santé (médecin ou autre professionnel de la santé) afin de donner de la crédibilité au projet;
  - D'impliquer des partenaires clés comme les conseils scolaires francophones, les associations provinciales et territoriales de défense des droits des francophones, les organismes communautaires, la communauté francophone et les municipalités;
  - D'embaucher une infirmière praticienne tôt dans le processus afin d'inclure des services de prévention et promotion de la santé dans l'offre des services;
  - De mettre en place un modèle de gouvernance francophone qui soit à l'écoute des besoins des francophones en matière de santé.
- **Il est important de commencer avec un projet de petite envergure et d'attirer des médecins et/ou infirmières praticiennes francophones afin de recruter des clients et de démontrer aux bailleurs de fonds la nécessité d'une telle infrastructure pour mieux desservir la population francophone.**
- **Dans le contexte actuel de restriction budgétaire, il est important de travailler en partenariat avec des centres ou des institutions de santé déjà en place afin de réduire les dépenses en capital pour démarrer le projet.**
- **Il serait avantageux pour l'Association canadienne des centres de santé communautaire et la Société Santé en français de calculer l'impact de l'investissement dans les centres de santé communautaire en milieu minoritaire sur la réduction des incidences et l'utilisation des services d'urgence et d'hospitalisation.**
- **Il faut adapter le projet aux réalités régionales (centre qui fonctionne en français mais qui offre des services aux francophones, autochtones et anglophones; centre de santé communautaire en milieu rural qui inclut des lits de soins ambulatoires ou palliatifs, etc.)**
- **La gouvernance par et pour les francophones permet d'être à l'écoute des besoins réels de la communauté et de tirer parti de la diversité des compétences et des relations de confiance que les bénévoles apportent à une organisation.**
- **Le modèle de carrefour communautaire qui existe au Nouveau-Brunswick et qui est à l'étude présentement en Ontario regroupe un ensemble de services aux francophones (santé, culture, emploi, établissement). Il présente plusieurs avantages pour les bailleurs de fonds et pour la clientèle. Selon l'ACCSC, ces modèles de carrefour communautaire prennent racine dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) qui ont vu le jour au Québec dans les années 1970. Les CLSC au Québec étaient parmi les premiers Centres de santé communautaire au Canada.**
- **Le gouvernement fédéral a accepté de financer un projet pilote de centre de santé communautaire en milieu minoritaire en Alberta pour une période de trois ans sur une base expérimentale. (la clinique francophone de Calgary). Cela crée un précédent important dont les communautés peuvent poursuivre avec le gouvernement fédéral.**

RECOMMANDATIONS

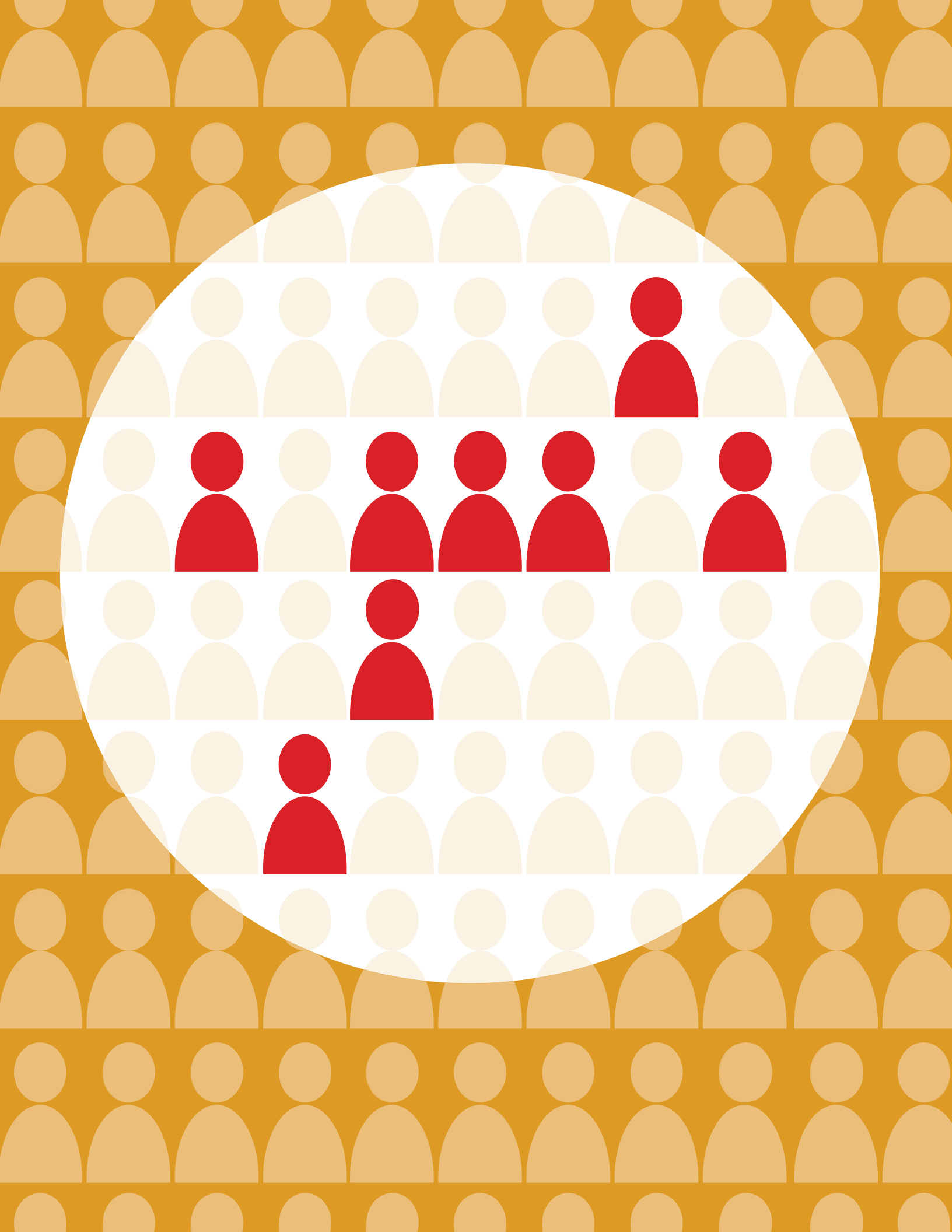
La présente étude permet de dégager des tendances et observations utiles en ce qui concerne les modèles de soins de santé primaire pour desservir les francophones en milieu minoritaire.

Une étude plus approfondie de deux ou trois centres de santé communautaires permettrait cependant de bien documenter les étapes de mise en œuvre d'un centre de santé communautaire (historique complet, obstacles, solutions proposées, budget, modèle de soins, gouvernance, recrutement du personnel, etc.).

De plus, il y a des lacunes dans plusieurs provinces quant aux données probantes disponibles pour valider ou justifier les avantages des centres de santé communautaire pour la santé des francophones vivant en situation minoritaire. Il pourrait être intéressant, avec l'ouverture du projet expérimental de la clinique francophone à Calgary, de développer dès maintenant des indicateurs pour mesurer l'impact de ce nouveau centre sur sa clientèle.

Afin d'aider les communautés francophones vivant en milieu minoritaire à mettre en place des centres de santé communautaire à leur image, il faudra que les associations nationales telles que l'Association canadienne des centres de santé communautaire et la Société santé en français ainsi que le gouvernement fédéral travaillent conjointement afin de fournir des outils, des ressources et un financement d'appoint pour faciliter la définition des besoins; la concertation des joueurs clés; la revendication auprès des instances provinciales, territoriales ou municipales; et le développement initial.

Finalement, l'Association canadienne des centres de santé communautaire et la Société Santé en français doivent convaincre le gouvernement fédéral, dans le cadre des transferts en matière de santé, de mettre en place des mesures de renforcement positives pour les provinces et territoires qui soutiennent la création de centres de soins de santé primaires desservant la population francophone. Ce genre de mesure a fortement contribué à la création et à l'amélioration du système d'éducation de langue française au Canada.



1 PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

1.1 MISE EN CONTEXTE

Les soins primaires[1] et les soins de santé primaires[2] offerts aux francophones vivant en situation minoritaire diffèrent grandement d'une province ou d'un territoire à l'autre, puisque chacun a ses mécanismes particuliers en la matière. L'éventail va de la clinique qui offre certains services en français au centre de santé communautaire francophone offrant une gamme complète de services et de programmes exclusivement en français.

En 2015, la Société Santé en français (SSF) et l'Association canadienne des centres de santé communautaire (ACCSC) ont convenu d'entreprendre un survol des modèles de soins primaires et de soins de santé primaires au service des communautés francophones en situation minoritaire.

Plusieurs études ont démontré que les modèles intégrés de services de santé préconisant la collaboration interprofessionnelle donnent de meilleurs résultats en matière de prévention, de promotion de la santé, de gestion des maladies chroniques et de réduction du taux d'utilisation des autres services tels que les services d'urgence ou les hôpitaux. Les centres de soins primaires ou de soins de santé primaires ciblés par cette étude devaient donc avoir les caractéristiques suivantes:[3]

- **Organisme recevant du financement public**
- **Approche pluridisciplinaire et collaborative**
- **Prestation de soins de santé primaires intégrés**
- **Accent sur l'engagement et la participation de la communauté**

Cet exercice se veut une étude des modèles de gouvernance, des services offerts et des modèles de fonctionnement qui prévalent au sein des communautés francophones en situation minoritaire. L'étude examine également certains défis et obstacles auxquels doivent faire face les communautés, en plus de cibler des possibilités de croissance et des enjeux de développement.

L'objectif n'est pas de mener une analyse exhaustive, mais plutôt de mieux comprendre certains modèles de soins primaires et de soins de santé primaires en place et de trouver des pistes de solutions en vue de mieux répondre aux besoins des communautés francophones vivant en situation minoritaire en ce qui a trait aux services de santé en français.

1.2 MÉTHODOLOGIE ET LIMITES

Méthodologie

Le cabinet Axion a effectué une recension sur Internet auprès d'organismes qui font la promotion du modèle de centre de santé communautaire (par exemple, la British Columbia Federation of Community Health Centres et le Wellesley Institute), auprès de l'Association canadienne des centres de santé communautaire et auprès de dirigeants de la Société

---

1 « Soins primaires » : soins de première ligne offerts dans une clinique, à l'urgence ou par un autre organisme médical.

2 « Soins de santé primaires » : ensemble des soins de première ligne incluant les soins de prévention et de promotion de la santé offerts dans des cliniques, centres de santé communautaire ou autres organismes offrant des soins de santé.

3 Hogg, W. et al., The Comparison of Models of Primary Care in Ontario (COMP-PC) study: methodology of a multifaceted cross-sectional practice-based study, www.openmedicine.ca/article/view/218/259, site consulté en mai 2005.

Santé en français et de ses réseaux, pour recueillir de l'information sur les modèles de soins de santé primaires qui desservent les francophones vivant en situation minoritaire. L'ACCSC et la SSF ont également fourni plusieurs études, qui ont été consultées dans le cadre de ce rapport.

Axion a également élaboré un questionnaire auquel ont répondu, en tout ou en partie, 12 dirigeants de centres de santé qui desservent des communautés francophones en situation minoritaire, membres de l'ACCSC. Ces personnes faisaient partie d'un groupe d'une vingtaine de représentants qui avaient été sélectionnés par le comité encadreur.

Étant donné la complexité du dossier à l'étude, il fallait environ une heure pour répondre à la cinquantaine de questions par entrevue téléphonique. Malheureusement, peu de dirigeants étaient en mesure de consacrer le temps voulu pour fournir toute l'information nécessaire. Il aurait sans doute été préférable de diviser le questionnaire en plusieurs sections et d'obtenir une série d'entrevues à des moments différents ou avec différentes personnes (p. ex., président, membre fondateur, directeur général).

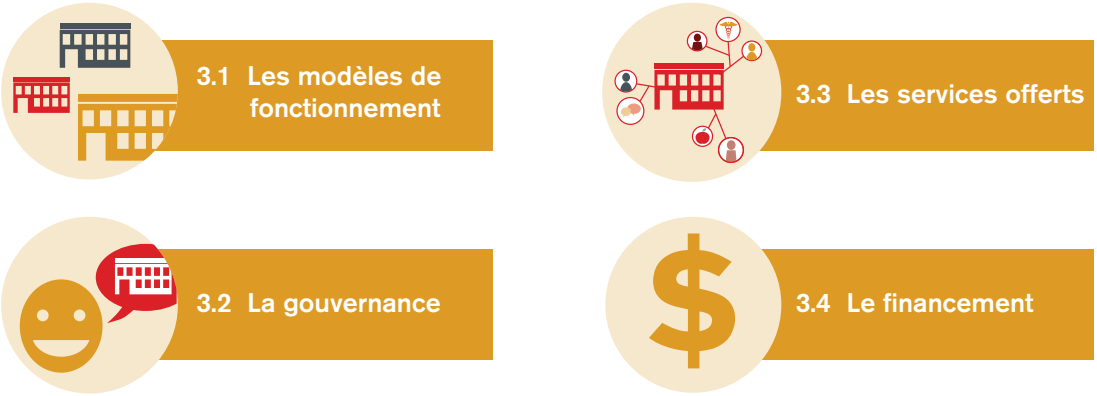
Dans les régions où aucun modèle de soins de santé primaires et communautaires desservant la communauté francophone n'est en place, Axion a interviewé des représentants des réseaux locaux de la Société Santé en français pour obtenir leur point de vue sur les possibilités de mettre en place un centre de santé communautaire et sur les actions prises par la communauté pour y arriver.

Dans le cadre de cette étude, aucun centre desservant les francophones en situation minoritaire et aucun représentant des réseaux locaux de la Société Santé en français n'a été ciblé pour la Saskatchewan, Terre-Neuve-et-Labrador, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

De plus, quelques entrevues ciblées ont été réalisées avec les membres du comité encadreur et les directions générales de l'ACCSC et de la Société Santé en français afin de clarifier des données et d'apporter des précisions sur les modèles de centre de santé communautaire dans certaines régions.

Finalement, une consultation a eu lieu avec plusieurs représentants de centres de santé communautaires qui desservent les francophones vivant en situation minoritaire, dans le cadre du congrès annuel 2015 de l'ACCSC.

Afin de faciliter la lecture de l'information, celle-ci est regroupée par thèmes. La troisième section de cette étude est donc divisée en quatre sections:



Avant d'élaborer sur ces thèmes, nous nous arrêterons sur les grandes tendances en soins de santé primaires au Canada et sur l'incidence de ces tendances sur la prestation des services aux communautés francophones vivant en situation minoritaire.

Par la suite, l'examen des modèles de fonctionnement touchera plus particulièrement la clientèle (francophones ou personnes bilingues) et la membriété (membres ou non-membres).

La section sur la gouvernance traitera de la composition du conseil d'administration et de la structure de responsabilisation (p. ex., organisme satellite d'un autre centre ou d'un hôpital, ou service direct d'un réseau de santé régional).

La section sur les services offerts présentera les modèles de soins primaires et de soins de santé primaires. Certains modèles offrent presque exclusivement des soins de santé, tandis que d'autres offrent également une gamme de services de prévention et de promotion de la santé.

La section sur le financement expliquera les méthodes utilisées pour la mise sur pied et le maintien de modèles de soins de santé primaires dans quelques provinces.

Les deux sections suivantes traiteront des défis et obstacles auxquels doivent faire face les centres, ainsi que des possibilités de croissance qui se présentent afin de mieux desservir les communautés francophones.

Le rapport se terminera par des recommandations pour faciliter la mise sur pied de soins de santé primaires afin de desservir les communautés francophones vivant en situation minoritaire.

Limites

Il est important de mentionner que le petit nombre de personnes interviewées dans chacune des régions peut poser problème quant à l'information sur les défis, obstacles et possibilités de croissance indiqués dans ce rapport. En effet, les réponses citées représentent souvent l'opinion personnelle des répondants.

Il est également important d'ajouter que compte tenu des limites financières du projet, cette étude ne présente pas un inventaire complet des modèles de soins de santé primaires en situation minoritaire au Canada.

2 TENDANCES EN SOINS DE SANTÉ AU CANADA

2.1 TENDANCES TOUCHANT LE SECTEUR DE LA SANTÉ AU CANADA

Déterminants sociaux de la santé

Santé Canada décrit plusieurs déterminants sociaux qui jouent un rôle important pour la santé des Canadiens : le revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, les milieux sociaux, les milieux physiques, l'hygiène de vie et les habiletés d'adaptation, le développement sain durant l'enfance, le genre et la culture. Certaines études indiquent également que ces déterminants sont plus importants pour la santé des Canadiens que les facteurs biomédicaux ou les habitudes de vie.[4]

Selon le rapport Community Health Centres: An Integrated Approach to Strengthening Communities, and Improving the Health and Wellbeing of Vulnerable Canadians and Their Families (voir la note en bas de page 4), les centres de santé communautaire établis au Canada desservent les populations les plus vulnérables et les aident grâce à un éventail de programmes ciblant certains des déterminants sociaux de la santé définis par Santé Canada.

Multiplicité des modèles de soins primaires et de soins de santé primaires

Au cours des dernières années, plusieurs provinces ont mis de l'avant des modèles de soins primaires, mais ils diffèrent grandement les uns des autres en termes de structure, de gouvernance, de services offerts et de financement. Selon l'ACCSC, les provinces continuent de concentrer leurs efforts sur les soins primaires (c'est-à-dire cliniques), et ce, en dépit des nombreux éléments d'information provenant de partout dans le monde qui indiquent la nécessité d'offrir des soins de santé primaires complets, qui tiennent compte des déterminants sociaux de la santé.

En Ontario, des rapports et consultations récents proposent la mise en place de carrefours communautaires qui offriraient un point d'accès central à des services de santé et des services sociaux, culturels et de loisirs pouvant desservir toutes les couches de la société. Cette approche repose sur une intégration complète des services, plutôt que sur une simple colocation de partenaires. On est donc plus près du modèle de soins de santé primaires mis de l'avant par l'ACCSC.

En Ontario et au Nouveau-Brunswick, on assiste à la fermeture de petits hôpitaux régionaux, comme par exemple à Penetanguishene dans la baie Georgienne. Au Nouveau-Brunswick, ces hôpitaux régionaux sont devenus des centres de soins de longue durée ou des centres de soins primaires. En Ontario, le gouvernement provincial demande à des centres de santé communautaires d'élargir leur offre de services afin d'englober certains services offerts par l'hôpital régional.

---

4 CACHC, Community Health Centres: An Integrated Approach to Strengthening Communities, and Improving the Health and Wellbeing of Vulnerable Canadians and Their Families, www.cachc.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/CACHCA-Position-Paper-CDN-Federal-Government-role-in-community-primary-health-care.pdf, mai 2009, rapport consulté en septembre 2015.

Fragmentation du système de soins se santé [5]

Selon le rapport du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé, déposé en juillet 2015, l'approche du Canada en matière de financement et d'organisation des services de santé est très mal intégrée. De l'avis des chercheurs, tant que le système sera organisé en fonction des fournisseurs et tant que ces fournisseurs seront rémunérés à partir d'enveloppes différentes, il sera difficile d'offrir des soins réellement axés sur les besoins du patient.

Manque d'innovation en santé

Le rapport du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé affirme également que malgré des recherches et des données probantes démontrant l'efficacité de certaines méthodes (embauche d'infirmières praticiennes, soins virtuels, santé mobile), il y a peu d'innovation à grande échelle au Canada.

Implication du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé

Bien que le gouvernement fédéral ne participe pas largement à la prestation des soins de santé aux Canadiens, plusieurs ministères fédéraux appuient directement et indirectement des clientèles plus vulnérables (aînés, militaires, Autochtones, femmes, immigrants et réfugiés, chômeurs).

2.2 TENDANCES TOUCHANT PARTICULIÈREMENT LES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES VIVANT EN SITUATION MINORITAIRE

Centralisation de la gestion des soins de santé

Au cours des dernières années, plusieurs gouvernements provinciaux (Nouveau-Brunswick, Alberta, Île-du-Prince-Édouard) ont centralisé la gestion des soins de santé sous l'égide de réseaux régionaux ou provinciaux. Selon plusieurs dirigeants interviewés, cette tendance a eu pour effet de diminuer l'offre de services de santé en français pour les communautés vivant en situation minoritaire, en plus de réduire l'implication des francophones dans la gouvernance de ces institutions.

Maintien d'une masse critique de francophones

De plus, selon les dirigeants de la SSF, les problèmes économiques de certaines régions (chômage), ou l'éloignement géographique d'autres régions (Yukon), nuisent considérablement au maintien d'une population francophone stable qui demande des services de santé en français et qui s'investit pour les obtenir. Finalement, la dispersion des francophones dans certaines grandes régions, comme c'est le cas à Vancouver, nuit à l'obtention de services de santé en français pour cette population.

---

5 Gouvernement du Canada, Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada, Rapport du groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé, www.canadiensensante.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/alt/report-healthcare-innovation-rapport-soins-fra.pdf, rapport consulté en juillet 2015.

«Selon plusieurs dirigeants interviewés, cette tendance a eu pour effet de diminuer l'offre de services de santé en français pour les communautés vivant en situation minoritaire, en plus de réduire l'implication des francophones dans la gouvernance de ces institutions.»

Recrutement et maintien en poste de main-d'œuvre bilingue

Plusieurs personnes interviewées au cours de l'étude ont mentionné la difficulté de recruter et retenir du personnel francophone, et encore plus du personnel spécialisé comme des psychologues ou des médecins.

Une étude sur le recrutement et la rétention des professionnels de la santé et des services sociaux bilingues en situation minoritaire réalisée auprès de professionnels travaillant à Winnipeg et Ottawa indique que le manque de promotion de la culture francophone en milieu de travail décourage les professionnels bilingues de travailler dans ces milieux.[6]

Les résultats de la recherche démontrent également qu'être en mesure de soigner les patients dans les deux langues n'est souvent pas valorisé par les gestionnaires, et que dans certains cas, cela occasionne même une surcharge de travail.

Dans certaines provinces comme au Nouveau-Brunswick, le nombre de jeunes professionnels bilingues est en hausse grâce aux programmes de formation mis en place par le Consortium national de formation en santé et par les établissements de formation locaux.

Manque de données statistiques

Il y a un manque chronique de données statistiques valables partout au Canada pour cibler les besoins en soins de santé primaire des communautés francophones vivant en situation minoritaire. La fragmentation des bases de données, le manque d'information sur la langue, et les impératifs des lois sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée sont autant de facteurs qui, selon les dirigeants de la SSF, empêchent un réel partage d'information entre les fournisseurs de soins.

L'Ontario aurait récemment mis en place un système de statistiques pour les centres de santé communautaire. Ce système fournit entre autre des données probantes sur la santé des francophones fréquentant ces centres.

Attitude à l'égard des francophones

Plusieurs études ont mis en relief l'attitude selon laquelle lorsqu'un client francophone peut parler anglais, il n'est pas nécessaire de lui fournir des services en français. Ce problème semble généralisé à l'ensemble du système de santé, selon une étude réalisée en 2010 par l'Atlantic Evaluation Group.[7] Pourtant, des exemples allant de simples anecdotes de mauvaise

6 De Moissac, Danielle, et al. Le recrutement et la rétention des professionnels de la santé et des services sociaux bilingues en situation minoritaire, http://ustboniface.ca/file/documents---recherche/Recrutement-et-rtention-des-professionnels-bilingues-2014.pdf, rapport consulté en septembre 2015.

7 Atlantic Evaluation Group, Rapport final: Soins de longue durée en français, http://santeipe.ca/wp-content/uploads/Rapport-final-Soins-de-longue-dure%CC%81e-en-franc%CC%A7ais.pdf, rapport consulté en septembre 2015.

«Selon plusieurs études, l'impact des barrières linguistiques peut se faire sentir chez un patient dans plusieurs domaines : délai dans les soins; mauvaise compréhension des problèmes médicaux de la part des professionnels de la santé; augmentation du risque d'un mauvais diagnostic; et suivi inadéquat du traitement de la part du patient, ce qui peut résulter en un moins grand contrôle de sa douleur.»

communication à des erreurs médicales graves ont maintes fois démontré la nécessité d'offrir des soins de santé en français aux personnes qui sont en état de détresse et de vulnérabilité.

Accessibilité linguistique

Les organismes d'agrément reconnaissent de plus en plus que l'accessibilité linguistique constitue un facteur important de la qualité des services de santé, et ils travaillent à établir des normes pour assurer une communication efficace et sécuritaire centrée sur le patient.[8]

Agrément Canada a d'ailleurs entrepris un projet pilote avec les communautés de langue officielle, la Société Santé en français et Santé Canada afin d'élaborer un nouvel outil d'évaluation de la capacité linguistique. Des mesures de contrôle seront établies par Agrément Canada pour voir où sont les lacunes dans la communication en français. Le Centre cardiaque de Saint-Jean au Nouveau-Brunswick a accepté de tester les outils développés lors de son évaluation d'agrément, dans quatre ans.

Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients

Selon plusieurs études, l'impact des barrières linguistiques peut se faire sentir chez un patient dans plusieurs domaines : délai dans les soins; mauvaise compréhension des problèmes médicaux de la part des professionnels de la santé; augmentation du risque d'un mauvais diagnostic; et suivi inadéquat du traitement de la part du patient, ce qui peut résulter en un moins grand contrôle de sa douleur.

De plus, plusieurs fournisseurs de soins prennent des précautions additionnelles lorsqu'ils traitent un patient ayant des barrières linguistiques. Ils recommandent un nombre accru de tests de laboratoire, ce qui peut occasionner des hospitalisations plus longues ou des délais dans le diagnostic et le début du traitement.

Finalement, les barrières linguistiques occasionnent des manquements dans l'obtention du consentement du patient au traitement et dans la protection de ses données personnelles, compte tenu de la nécessité de faire appel à des interprètes ou traducteurs.

---

8 Tremblay, Suzanne et Ghislaine Prata. Pour des services de santé linguistiquement et culturellement adaptés, https://santefrancais.ca/wp-content/uploads/Normes---tude-am--ricaine-FR.pdf, rapport consulté en septembre 2015.

3 COMPOSANTES DES MODÈLES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

3.1 MODÈLES DE FONCTIONNEMENT

3.1.1 Région du centre

En Ontario, quatre types de centres de soins de santé primaires desservent la communauté francophone. Tous sont des centres de santé communautaire. Certains centres offrent un service presque exclusivement aux familles francophones ou exogames (p. ex., Centre de santé communautaire de l'Estrie et Centre francophone de Toronto); d'autres offrent des services aux francophones et aux anglophones en tant que fournisseurs de services en français désignés par le gouvernement de l'Ontario (p. ex., Centre de santé communautaire du Centre-ville d'Ottawa); des organismes anglophones non désignés offrent un nombre limité de programmes ciblés en français via du personnel francophone (p. ex., Centre de santé communautaire TAIBU à Scarborough); et d'autres desservent à la fois les francophones, les anglophones et les Autochtones (p. ex., Centre de santé communautaire CHIGAMIK à Midland et Lafontaine).

Dans la majorité des cas, le territoire géographique est vaste : tout Toronto pour le Centre francophone de Toronto, tous les francophones des comtés de Stormont, Dundas, Glengarry, Prescott et Russell pour le Centre de santé communautaire de l'Estrie et tout le territoire du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Simcoe Nord Muskoka pour le Centre de santé communautaire CHIGAMIK. Plusieurs centres ont des bureaux satellites où sont offerts certains services et programmes, dont les soins primaires.

Le Centre de santé communautaire du Centre-ville d'Ottawa offre un service aux francophones et aux anglophones des quartiers Centre-ville, vieux Ottawa Sud et Glebe, en plus de fournir certains services en français et en anglais à la grandeur de la ville d'Ottawa et un service exclusivement pour les immigrants francophones et autres groupes à risque de problèmes de santé chroniques sur tout le territoire du RLISS de Champlain.

Le Centre de santé communautaire TAIBU à Scarborough offre des programmes et services de santé et de promotion de la santé primaire à la communauté noire dans la région du grand Toronto. Depuis 2013, TAIBU offre un programme de promotion de la santé en français grâce à un financement ponctuel qui se termine en mars 2016. Ce centre n'offre présentement aucun autre service en français à la communauté noire du grand Toronto.

La majorité des centres préconisent une approche de collaboration entre agences afin de faciliter la navigation des clients dans le réseau des soins de santé. Plusieurs centres offrent également une gamme de programmes (emploi, logement, intégration des immigrants, petite enfance, banque alimentaire) en partenariat ou non avec d'autres organismes. Ces services touchent directement les principaux déterminants sociaux de la santé tels que définis par l'Organisation mondiale de la santé.[9]

Tous ces centres mettent de l'avant une approche interprofessionnelle, c'est-à-dire que les médecins, intervenants en santé mentale, promoteurs de la santé et autres travaillent ensemble afin d'améliorer l'accès aux soins et l'offre de soins. Grâce à des réunions d'équipe, une collaboration entre collègues et des références internes, les équipes interprofessionnelles traitent des problèmes en tenant compte de tous les aspects de la santé des clients.[10]

Dans la grande majorité des centres de santé communautaire ontariens qui ont répondu au questionnaire d'entrevue, les soins primaires (p. ex., médecin) sont offerts uniquement aux clients qui répondent à certains critères d'admissibilité (p. ex., lieu de résidence, langue parlée, groupes cibles, etc.), tandis que les programmes communautaires et de prévention et promotion de la santé sont habituellement ouverts à toute la population.

Le nombre d'employés francophones varie grandement selon que le centre dessert une population majoritairement francophone ou une population comprenant également des anglophones et/ou des autochtones. À l'heure actuelle, 8 des 20 employés du Centre de santé communautaire CHIGAMIK sont francophones (40 % du personnel), alors que 85 des 150 employés du Centre de santé communautaire du Centre-ville d'Ottawa sont bilingues – français et anglais (55 % du personnel).

9 Organisation mondiale de la santé, Déterminants sociaux de la santé, http://www.who.int/social_determinants/fr/, site consulté en mai 2015.

10 Centre de santé communautaire de l'Estrie, Qui sommes-nous?, www.cscestrie.on.ca/qui-sommes-nous/mission-et-vision, site consulté en mars 2015.

«Tous ces centres mettent de l'avant une approche interprofessionnelle, c'est-à-dire que les médecins, intervenants en santé mentale, promoteurs de la santé et autres travaillent ensemble afin d'améliorer l'accès aux soins et l'offre de soins.»

Selon le modèle des centres de santé communautaire en Ontario, tous les employés (médecins, infirmières praticiennes, nutritionnistes, et ainsi de suite) reçoivent un salaire annuel et non une rémunération à l'acte, comme c'est le cas normalement pour les médecins pratiquant dans des cliniques ou pratiques privées.

Selon plusieurs commentaires recueillis, il semble qu'à l'heure actuelle, le gouvernement de l'Ontario préfère ouvrir des bureaux satellites de centres existants plutôt que de mettre sur pied de nouveaux centres de santé communautaire. Le gouvernement croit ainsi réduire les risques en travaillant avec des organismes qui ont fait leurs preuves plutôt que de mettre en place de nouvelles structures administratives et communautaires.

L'ACCSC souligne que les centres de santé communautaire desservant les francophones de l'Ontario ont mis en place un réseau permanent de collaboration pour renforcer la capacité individuelle des centres en matière de planification stratégique, de démarchage politique et de partage des ressources.

3.1.2 Région de l'est

La région de l'Est comprend les provinces atlantiques (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard).

Nouveau-Brunswick

Au Nouveau-Brunswick, province officiellement bilingue, tous les services de soins de santé primaires doivent être disponibles en français et en anglais. Cependant, selon les personnes interviewées, l'application de la législation n'est pas systématique dans toutes les régions de la province.

Jusqu'au début des années 2000, les centres de santé communautaire étaient populaires dans la province et livraient divers services de prévention et promotion de la santé. Ce modèle a été délaissé à cause d'un manque de financement des infrastructures. Depuis 2006, on a vu naître des centres de santé axés sur la santé primaire. Selon l'ACCSC, plusieurs de ces centres ont réduit leurs programmes de prévention et de promotion de la santé et ont cessé leurs activités communautaires.

Aujourd'hui, certains organismes ont pour nom « centre de santé », « service de santé communautaire » ou « centre de santé communautaire ». Pour les fins de la présente étude, nous étudierons deux centres de santé communautaires : le Centre scolaire-communautaire Samuel-de-Champlain à Saint-Jean et le Centre de santé Noreen-Richard à Fredericton. Ces centres sont gérés par

deux réseaux du ministère de la Santé qui couvrent toute la province. Les réseaux, Vitalité et Horizon, exploitent des centres, cliniques, hôpitaux, établissements de santé et services de santé communautaires. Chacun des réseaux possède un conseil d'administration indépendant.

Il n'est pas nécessaire d'être un client inscrit pour recevoir des soins médicaux. Les médecins sont payés à l'acte et soignent leurs patients et les patients de leurs collègues en cas d'urgence, comme dans un cabinet de médecin.

Selon l'ACCSC, il existe une trentaine de « centres de santé communautaire » au Nouveau-Brunswick, tels que le Centre de santé communautaire St. Joseph et l'Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque. Ces centres fournissent des soins ambulatoires, des cliniques sans rendez-vous et des pratiques collaboratives entre médecins, infirmières praticiennes et autres prestataires. Ils offrent également des programmes de prévention et de promotion de la santé (traitement des maladies chroniques, cliniques d'abandon du tabac, l'enseignement sur la santé).

Selon l'ACCSC, la plupart des centres de santé communautaire du Nouveau-Brunswick travaillent en isolement et peu d'entre eux répondent à toutes les caractéristiques du modèle de soins de santé primaires reconnu par l'association. Les centres de santé du Nouveau-Brunswick mettent l'accent sur les soins primaires au détriment du développement organisationnel, du réseautage et du partage des ressources.

Nouvelle-Écosse

En Nouvelle-Écosse, peu de centres de santé communautaire proposent des services en français, exception faite du Centre de santé de Clare, qui offre tous ses services dans les deux langues officielles. Il est important de noter que Clare est la plus grande communauté acadienne en Nouvelle-Écosse. Elle possède également une université et un collège francophone.

Le Centre de santé de Clare a vu le jour à la suite de pressions exercées par des membres de la communauté et des médecins, qui ont tiré la sonnette d'alarme auprès du conseil municipal au sujet de la pénurie de médecins, des temps d'attente trop longs et du manque de services.

Afin de rectifier la situation, la municipalité a fait montre d'ingéniosité et d'audace en construisant un édifice pour héberger le Centre de santé. En plus de gérer l'édifice, la municipalité couvre aussi certains coûts de fonctionnement comme l'entretien, les fournitures médicales et le salaire de la direction générale et du personnel de soutien.

Île-Du-Prince-Édouard

Le Centre de santé Évangéline, qui a vu le jour en 1995, était à l'époque un pionnier du mouvement des centres de santé communautaire pour les francophones en situation minoritaire au Canada. Il était très indépendant et offrait des services intégrés, dont un bon service d'aiguillage. En 2010, le gouvernement provincial a transformé tous les centres de santé communautaire en des centres de santé dirigés par le ministère de la Santé. Aujourd'hui, le Centre offre des soins primaires. Son personnel est bilingue et accepte des patients francophones et anglophones de la région Évangéline, en plus d'offrir des soins spécialisés en français à des patients de l'extérieur de la région. À l'heure actuelle, le Centre n'a pas de médecin.

3.1.3 Région de l'ouest

Des centres de santé communautaire s'apparentant au modèle de soins de santé primaires défini dans la présente étude, et qui desservent les francophones en situation minoritaire, existent au Manitoba et en Alberta.

Alberta

L'Alberta a établi 42 réseaux de soins primaires (Primary Care Networks). Ce sont des regroupements de médecins de famille qui travaillent en collaboration avec les instances de santé gouvernementales et les autres professionnels de la santé. Selon une étude récente réalisée par Hubert Gauthier et Nadia Benomar, il y a un manque de sensibilisation de ces réseaux à la question des services en français et peu ou pas de données statistiques et qualitatives existent sur les communautés francophones vivant dans les régions qu'ils desservent. Selon les auteurs du rapport, la décision d'offrir un service en français dépend de l'existence d'une masse critique de patients francophones.[11]

En parallèle aux réseaux de soins primaires, trois centres de santé communautaire œuvrant uniquement en anglais sont en activité en Alberta, soit deux à Calgary et un à Edmonton. Tout récemment, grâce aux conseils de centres de santé communautaire en Ontario et au Manitoba, la communauté francophone de Calgary a pu lancer son

11 Gauthier, Hubert et Nadia Benomar. Un meilleur accès en Alberta aux services de santé primaires en français par l'intermédiaire des Primary Care Networks, 28 pages, rapport consulté en 2015.

premier centre de santé communautaire. La Clinique francophone de Calgary a ouvert ses portes en mai 2015 et se trouve encore sous l'égide du conseil d'administration de l'Association canadienne-française de l'Alberta (ACFA), régionale de Calgary. À l'heure actuelle, la clinique accepte comme clients les francophones, ainsi que les personnes vivant sous le même toit qu'un francophone.

La clinique est à la recherche d'un médecin de famille, mais elle peut déjà offrir les services d'une infirmière praticienne, d'un psychologue et d'un ergothérapeute. La grande majorité des services sont offerts uniquement en français. Il faut être inscrit uniquement pour obtenir les services de l'infirmière praticienne ou du médecin de famille (lorsqu'il sera en poste).

Manitoba

Au Manitoba, il existe un bon nombre de centres de santé communautaire, localisés principalement à Winnipeg, y compris le plus ancien centre de santé communautaire au Canada, la Mount Carmel Clinic, qui a ouvert ses portes en 1926. Tout comme au Nouveau-Brunswick, les centres de santé qui desservent les francophones sont surtout des établissements comprenant des lits pour soins personnels et transitoires qui offrent des services médicaux et d'urgence bilingues. Certains centres dans de petites communautés fournissent également des services communautaires : soins à domicile, soins palliatifs et promotion de la vie saine.

Seulement deux centres de santé offrant des services en français semblent correspondre au modèle de soins de santé primaires mis de l'avant par l'ACCSC, soit le Centre de santé Saint-Boniface et le Centre de santé Youville, les deux à Winnipeg.

Le Centre de santé Saint-Boniface, à Winnipeg a ouvert ses portes en 1999, fruit d'un effort conjoint de la Société franco-manitobaine, du Collège universitaire de Saint-Boniface et de la congrégation des Sœurs Grises du Manitoba. En janvier 1999, le premier conseil d'administration du centre était créé. En juillet de la même année, une petite équipe de 12 employés débutait son travail à même les murs de l'Hôpital général de Saint-Boniface.

Dès ses débuts, le Centre s'est distingué par son approche globale à l'égard du bien-être. Il regroupe sous un même toit médecins, infirmières, diététistes, nutritionnistes et conseillères en santé mentale.

Au fil des ans, le Centre a établi de nombreux partenariats avec la communauté afin d'offrir de meilleurs services à la population d'expression française, en plus de contribuer à la formation de personnel bilingue en santé.

Le Centre de santé Youville offre des soins de santé primaires bilingues, mais selon les responsables de l'ACCSC, on ne peut déterminer à quel point les services et programmes sont disponibles dans les deux langues officielles.

«La gouvernance est un élément important pour assurer le maintien des services en français et le développement de modèles qui favorisent la collaboration, l'intégration des soins, l'engagement et la participation de la communauté francophone.»

Colombie-Britannique Et Yukon

En Colombie-Britannique et au Yukon, il n'y a aucun centre de santé communautaire francophone ou bilingue.

Selon les responsables de la Société Santé en français en Colombie-Britannique, il y a un grand problème d'accessibilité aux services de santé en français dans ces régions parce que les associations francophones ne sont pas assez fortes et que la population francophone est dispersée sur un grand territoire. À l'heure actuelle, quelques établissements privés se disent bilingues et offrent des services spécialisés pour les aînés francophones.

Au Yukon, le personnel médical qui offre des soins de santé primaires et des services de prévention et de promotion de la santé est employé par le gouvernement territorial.

3.2 GOUVERNANCE

3.2.1 Région du centre

La gouvernance est un élément important pour assurer le maintien des services en français et le développement de modèles qui favorisent la collaboration, l'intégration des soins, l'engagement et la participation de la communauté francophone.

Centre de santé communautaire francophone

En Ontario, les centre de santé communautaire francophone ont tous un conseil d'administration indépendant composé de 12 à 14 membres francophones. Le mandat des membres est de deux à trois ans.

Afin d'assurer une stabilité au conseil, trois ou quatre mandats d'administrateur viennent à terme chaque année. Certains centres ont prévu à leurs statuts et règlements un maximum de deux ou trois mandats par administrateur. Cette pratique n'est cependant pas courante.

Chez certains centres, le directeur général et un ou deux employés sont membres d'office du conseil, sans droit de vote. Le président sortant peut également demeurer membre du conseil d'administration. Aucun administrateur n'est rémunéré. Il est interdit de tirer des avantages d'un tel poste.

Des centres qui couvrent une grande superficie comptent un nombre minimum de représentants régionaux au sein de leur conseil, assurant ainsi une meilleure compréhension des besoins régionaux (p. ex., cinq régions, deux membres par région).

À l'exception d'un seul, les centres ont indiqué n'avoir aucune difficulté à recruter des administrateurs francophones. L'un des centres qui dessert un grand territoire demande aux administrateurs sortants d'aider à trouver leur remplaçant, sous réserve de l'approbation du conseil, bien entendu. Cette approche assure une continuité dans la représentation régionale au conseil d'administration.

Les conseils d'administration des centres francophones fonctionnent en français et tous leurs membres parlent couramment le français.

Selon les répondants, une gouvernance francophone est essentielle pour assurer le maintien des services en français. En effet, les services ont tendance à disparaître lorsque l'implication des francophones diminue au sein des établissements anglophones ou bilingues.

Centre de santé communautaire francophone - autochtone - anglophone

Un modèle de gouvernance particulier est employé au Centre de santé communautaire CHIGAMIK. Le conseil d'administration est composé de douze membres, dont quatre représentent les francophones; quatre représentent les Premières Nations, Métis et Inuits; et quatre représentent les anglophones et les autres citoyens de la région. Les réunions se déroulent uniquement en anglais.

Centre de santé communautaire bilingue

Pour obtenir une désignation bilingue du ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario, les centres de santé communautaire qui offrent des services en français et en anglais doivent compter au sein de leur conseil d'administration un nombre de francophones représentatif de la population francophone desservie. Ainsi, selon son règlement administratif, le Centre de santé communautaire du Centre-ville d'Ottawa doit compter un minimum de deux administrateurs francophones parmi ses douze membres élus.

3.2.2 Région de l'est

Nouveau-Brunswick

Au Nouveau-Brunswick, les centres de santé sont gérés par les réseaux de santé régionaux, soit Horizon ou Vitalité, et ils n'ont donc pas leur propre conseil d'administration. Les réseaux gèrent un éventail de services, dont des hôpitaux, des établissements, des cliniques et des bureaux médicaux. Les réseaux sont gérés par des conseils d'administration composés de membres élus par la population et/ou nommés par le ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick.

Selon les personnes interviewées, ce nouveau format de gouvernance a enlevé à la communauté la capacité de planifier les services localement. Pour pallier à cette lacune, des comités consultatifs ont été mis sur pied dans certaines régions afin de discuter des enjeux liés à la santé et au bien-être. Ces comités sont composés de représentants de municipalités, de parents et d'autres intervenants. Ils n'ont aucun pouvoir décisionnel.

Nouvelle-Écosse

Le Centre de santé de Clare a un modèle unique de gouvernance, car la municipalité est propriétaire de l'édifice et gère le personnel de soutien. L'administratrice du Centre relève du directeur général de la municipalité, alors que les médecins sont des travailleurs indépendants payés par la province. Le salaire de l'infirmière praticienne est payé par la régie régionale de santé.

La Nouvelle-Écosse a également mis en place des conseils de santé un peu partout en province. Clare s'est battu pour obtenir un conseil de santé et la petite communauté a remporté son pari. Ces conseils de santé, dont le Conseil de santé de Clare, font une présentation annuelle sur les besoins de leur région à la Nova Scotia Health Authority. Ce groupe consultatif d'une dizaine de bénévoles sert de courroie de transmission de l'information entre la communauté francophone et la régie de santé provinciale. Ces conseils de santé ont cependant un pouvoir assez limité.

Île-Du-Prince-Édouard

Depuis 2010, le Centre de santé Évangéline n'a plus sa propre structure de gouvernance. Il relève du gouvernement provincial par l'entremise de l'Agence de santé de l'Île-du-Prince-Édouard.

3.2.3 Région de l'ouest

Manitoba

Au Manitoba, certains centres de santé communautaire relèvent directement des offices régionaux de la santé, comme c'est le cas au Nouveau-Brunswick. D'autres, comme le Centre de santé Saint-Boniface, ont leur propre conseil d'administration.

Le Centre de santé St. Claude et la clinique du Centre Albert-Galliot relèvent tous deux du conseil d'administration de l'un des cinq offices régionaux de la santé de la province, le Réseau Southern Health-Santé Sud. Les 14 membres sont nommés par la province.

Afin d'engager la communauté francophone dans la gestion et la prestation des services, les centres ont mis sur pied des tables de concertation qui se rencontrent tous les trois mois pour discuter des besoins de la communauté en matière de santé.

Le Centre de santé Saint-Boniface est géré par un conseil d'administration d'un maximum de 20 personnes, élues par les membres. Les mandats sont d'une, deux ou trois années. Les administrateurs occupent leur poste un maximum de six années consécutives.

Les membres fondateurs, soit le président-directeur général de la Société franco-manitobaine, le recteur de l'Université de Saint-Boniface et le directeur général de la Corporation catholique de la santé du Manitoba, continuent de jouer un grand rôle dans le développement du Centre de santé Saint-Boniface, étant donné qu'ils sont les seuls membres de la Corporation.

Alberta

À l'heure actuelle, la Clinique francophone de Calgary est gérée par le conseil d'administration de l'Association canadienne-française de l'Alberta, régionale de Calgary (ACFA-C). Cette situation devrait cependant changer sous peu, car les gestionnaires du projet recommandent la création d'un conseil d'administration indépendant, composé de membres de la communauté francophone, de décideurs politiques, de professionnels de la santé, de gestionnaires de la santé et de représentants d'établissements d'enseignement.

3.3 SERVICES OFFERTS

3.3.1 Région du centre

En Ontario, la gamme de services de soins de santé primaires varie grandement d'un centre à l'autre. Parmi les soins primaires, on retrouve principalement ce qui suit :

- **Consultation avec un médecin ou une infirmière praticienne**
- **Soins infirmiers (prises de sang, injections, vaccins, dépistage anonyme du VIH)**
- **Soins prénataux et postnataux**
- **Visites à domicile**
- **Consultation téléphonique avec une infirmière**
- **Soins des pieds**
- **Consultation en nutrition**
- **Soins aux personnes âgées dans la communauté**
- **Soins intégrés pour les maladies comme le diabète**

- **Clinique de vaccination**
- **Services de santé mentale (consultations, groupes de soutien, traitement des dépendances et du jeu compulsif, appui aux personnes GLBT)**
- **Cliniques pour ados dans les écoles**

Certains services sont offerts aux clients qui sont inscrits ou suivis par un médecin ou infirmier(e) practicien(ne) du centre, tandis que d'autres, comme les cliniques de vaccination ou les soins aux personnes âgées, sont à la disposition de l'ensemble de la population. De plus, quelques programmes sont offerts en partenariat avec des organismes communautaires (services de santé mentale, traitement de la toxicomanie).

Les centres offrent également des services de prévention et de promotion de la santé tel que :

- **Prévention des chutes**
- **Information sur l'alimentation, le diabète, l'obésité, etc.**
- **Soins prénataux et postnataux pour les bébés**
- **Appui au développement des enfants d'âge préscolaire**
- **Éducation des parents**

Enfin, les centres offrent une variété de programmes sociaux en lien avec les principaux déterminants de la santé : logement, emploi, intégration des immigrants, développement communautaire, éducation et ainsi de suite.

Des programmes sont offerts en anglais et en français aux résidents des quartiers desservis par le centre, alors que d'autres programmes sont offerts aux francophones résidant sur tout le territoire de la ville. La clientèle peut parfois avoir de la difficulté à comprendre cette division des compétences.

Fait à noter, les services diffèrent largement d'un organisme à l'autre, et ce afin de répondre aux besoins particuliers de la communauté qu'il dessert. Les organismes nouvellement établis comme le Centre de santé communautaire CHIGAMIK offrent une gamme plus restreinte de services, tandis que les centres établis de longue date proposent généralement plus de programmes et de services. Cela s'explique sans doute par le fait qu'au fil des ans, les centres concluent des partenariats avec d'autres organismes communautaires (aide au logement, services en toxicomanie) ou avec des organismes gouvernementaux afin d'offrir une plus grande variété de services.

À l'heure actuelle, le centre TAIBU à Scarborough offre peu de programmes en français, et ceux-ci sont strictement liés à la promotion de la santé. TAIBU souhaite être reconnu comme un centre officiellement bilingue en mesure de desservir la population francophone noire de Scarborough.

Plusieurs centres francophones sont devenus des carrefours communautaires regroupant un ensemble de services. Ainsi, le Centre francophone de Toronto et le Centre de santé communautaire de l'Estrie offrent une large gamme de services d'emploi et d'intégration des immigrants. Le Centre francophone de Toronto propose également des programmes d'art et culture ainsi que des services d'aide juridique.

3.3.2 Région de l'est

Nouveau-Brunswick

Au Nouveau-Brunswick, des centres de santé offrent des services de soins primaires :

- **Services cliniques (cliniques médicales avec ou sans rendez-vous, incluant des chirurgies mineures)**
- **Soutien et thérapie (nutrition, psychologie, inhalothérapie et orthophonie)**
- **Examens diagnostics (prélèvements de sang et autres échantillons)**
- **Cliniques (diabète, lithothritie, urodynamique et psychiatrie)**

Selon les personnes interviewées, plus de 90 % des services sont strictement en lien avec les soins primaires.

Le Centre de santé communautaire St. Joseph et l'Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque, qui étaient auparavant des hôpitaux communautaires, offrent une grande variété de services : soins de santé primaires, soins ambulatoires, diagnostic et réadaptation. Les soins palliatifs se sont récemment ajoutés à leur offre. Selon les personnes interrogées, ces organismes consacrent environ 85 % de leurs activités aux soins primaires, et 15 % à la prévention.

Les centres de santé au Nouveau-Brunswick ne fournissent pas de services comme l'appui à l'emploi ou à l'intégration des immigrants, deux déterminants sociaux importants de la santé, contrairement à ce qui est le cas en Ontario.

Nouvelle-Écosse

Le Centre de santé de Clare offre presque exclusivement des soins primaires, avec l'appui de médecins et d'infirmières praticiennes. Les médecins font également des visites ailleurs dans la communauté : foyers pour personnes âgées, Université Sainte-Anne, etc. De plus, des agences externes offrent des services de santé mentale et toxicomanie, de soins continus et de santé publique. Certains services, comme une clinique de prise de sang et une clinique du diabète, sont offerts de façon hebdomadaire dans l'édifice. Selon l'ACCSC, peu de programmes de prévention et de promotion de la santé sont offerts à cause d'un manque de subventions provinciales.

3.3.3 Région de l'ouest

Manitoba

Le Centre de santé St. Claude et la clinique du Centre Albert-Galliot offrent uniquement des soins primaires. Des établissements de soins actifs et de soins de longue durée sont également associés aux centres. Il n'est pas nécessaire d'être inscrit pour recevoir des soins.

Des partenaires communautaires se chargent des soins à domicile, de la santé mentale et des services de diététicien.

En plus d'héberger la clinique et les partenaires communautaires, le Centre Albert-Galliot regroupe des entreprises dans le domaine de la santé afin d'élargir l'offre de services en français :

- **Pharmacie**
- **Physiothérapeute**
- **Chiropraticien**
- **Massothérapeute**
- **Dentiste**
- **Centre d'activité physique**

Le Centre de santé Saint-Boniface offre une variété de programmes de soins de santé primaires afin de répondre aux besoins communautaires et d'aider les clients à se prendre en main. Comme dans plusieurs centres en Ontario, il faut être client pour obtenir des soins primaires. Les autres programmes sont cependant ouverts à tous.

Le Centre offre les services suivants :

- **Services médicaux (examens, soins prénataux et postnataux, interventions chirurgicales mineures, suivi des maladies chroniques)**
- **Services de nutrition**
- **Services de santé mentale (counselling individuel, familial ou de groupe; réadaptation psychosociale; intervention en cas de crise)**

Tout comme dans d'autres régions, le Centre de santé Saint-Boniface a établi des liens étroits avec des partenaires communautaires à des fins de prévention de la maladie et de promotion de la santé. Plusieurs déterminants de la santé sont ciblés par les actions de l'équipe de développement communautaire, principalement dans les domaines du logement, de l'éducation, de l'alimentation, du transport et de la sécurité. En 2013-2014, le Centre a mis de l'avant plusieurs programmes de promotion de la santé pour les adolescents et les personnes âgées (p. ex., Grouille ou rouille, programme de thérapie cognitive comportementale pour les adolescents).

Le centre offre également les services bilingues du programme Info-Santé, en collaboration avec le Centre provincial de communication en matière de santé. Des infirmières qualifiées répondent au téléphone en tout temps.

Alberta

La Clinique francophone de Calgary est présentement à la recherche d'un médecin, mais elle offre déjà les services d'une infirmière praticienne, d'un psychologue et d'un ergothérapeute. Beaucoup reste encore à faire, mais la clinique désire offrir un panier complet de services, comme c'est le cas en Ontario et au Manitoba.

3.4 FINANCEMENT

3.4.1 Région du centre

En Ontario, le budget des centres de santé communautaire provient presque entièrement du gouvernement provincial. Certains centres obtiennent un faible pourcentage de leur budget de leur municipalité (2 à 4 %) ou grâce à des activités de financement (1 à 3 %). Certains centres qui offrent des programmes d'intégration pour les immigrants obtiennent également du financement du gouvernement fédéral.

Le budget varie considérablement selon le territoire à couvrir, le nombre de bureaux satellites et la diversité des programmes. Le budget annuel des centres de santé communautaire rejoints dans le cadre de cette étude varie de 3 millions à 12 millions de dollars.

Comme il fallait s'y attendre, les nouveaux centres de santé ont un budget moins important, car tout est à bâtir. C'est ainsi que le Centre de santé communautaire de l'Estrie a ouvert ses portes en 1991 avec un budget annuel de 1 million de dollars. Le Centre de santé communautaire CHIGAMIK a ouvert ses portes depuis moins de cinq ans et son budget est actuellement de l'ordre de 3 millions de dollars, ce qui est dans la fourchette inférieure parmi les centres à l'étude.

Les services en français du Centre de santé communautaire TAIBU sont financés sous l'entente Canada-Ontario. Ce financement prendra fin en mars 2016. À l'été 2015, le Centre a également fait demande pour embaucher une infirmière praticienne francophone qui pourrait s'occuper de la clientèle francophone.

3.4.2 Région de l'est

Nouveau-Brunswick

Le financement provient exclusivement du gouvernement provincial. De plus, étant donné que les médecins sont payés à l'acte directement par la province, il est difficile d'évaluer le budget total des centres de santé contactés dans le cadre de l'étude. Le répondant d'un centre qui emploie six personnes (équivalent temps plein) a mentionné avoir un budget annuel d'environ 350 000 $, en excluant les salaires des médecins.

Nouvelle-Écosse

Selon l'ACCSC, les centres de santé communautaire ne reçoivent aucun financement gouvernemental à l'exception du North End Community Health Centre à Halifax, un centre de santé communautaire qui reçoit un mince budget de la part du gouvernement provincial. Les dépenses du Centre de santé de Clare (entretien, personnel de soutien, fournitures médicales et administratives) sont couvertes à même le budget de la municipalité. Les médecins et infirmières praticiennes sont payés par le gouvernement provincial et l'Autorité régionale de la santé. Les médecins, en retour, paient un loyer à la municipalité pour l'utilisation des locaux. La province a récemment octroyé un financement opérationnel annuel de 40 000 $ au Centre de santé de Clare.

3.4.3 Région de l'ouest

Manitoba

Au Manitoba, les centres de santé sont entièrement financés par la province, via les offices régionaux de la santé. Le Centre de santé St. Claude et la clinique médicale du Centre Albert-Galliot n'ont pas à couvrir les salaires des médecins. Les centres reçoivent également un peu de financement de la part de la Société Santé en français pour la réalisation de projets ponctuels, comme celui de Télésanté.

Le budget annuel du Centre de santé Saint-Boniface est de 3,1 millions de dollars, dont une tranche de 80 % est consacrée aux ressources humaines.

Alberta

La Clinique francophone de Calgary vient tout juste d'ouvrir ses portes avec l'appui financier de Santé Canada. Il est prévu que 80 % de son budget proviendra du gouvernement fédéral pour une période de trois ans, alors que 20 % des fonds proviendront du Secrétariat francophone et du Community Initiatives Program du gouvernement de l'Alberta. Il est important de mentionner que le la clinique francophone n'a pas été financée à partir de fonds du ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta. À plus long terme, le centre doit trouver le financement nécessaire pour assurer sa survie. Le centre désire donc recruter quelques médecins francophones qui seront payés à l'acte et qui pourront ainsi assurer le financement de base du centre.

«Plusieurs centres francophones sont devenus des carrefours communautaires regroupant un ensemble de services.»

4 DÉFIS ET OBSTACLES

ONTARIO

En Ontario, le financement constitue la plus grande difficulté pour les centres de santé communautaire. Des centres se plaignent d'un manque de financement stable et adéquat, et du fait que de nouveaux programmes sont mis en place à l'aide de financement ponctuel, créant ainsi des attentes qui sont déçues une fois le financement épuisé. Il est difficile de planifier à moyen et long terme lorsque le financement est ponctuel.

De plus, de nouveaux besoins se dessinent, notamment en santé mentale, mais le financement n'est pas toujours à la hauteur.

Dans certaines régions de l'Ontario, la structure de gouvernance régionale ne répond pas aux besoins spécifiques des communautés francophones. Selon les personnes interviewées, certains Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ne comprennent pas les besoins des francophones et les façons d'y répondre efficacement, et ce, malgré la présence de réseaux et d'entités de planification des services de santé en français qui offrent un appui considérable aux RLISS et aux agences de prestation de services.

Certains centres qui desservent uniquement les francophones doivent composer avec un territoire très vaste, ce qui nuit au recrutement et à la rétention de la clientèle. Des problèmes de transport peuvent empêcher les francophones de participer à des activités de promotion de la santé.

Le recrutement de personnel médical francophone ou bilingue est une autre difficulté. Les centres de santé communautaire en milieu urbain font face à une importante concurrence de la part des autres établissements de santé, principalement dans les domaines spécialisés (p. ex., chiropodie). Dans les régions éloignées, il y a une pénurie de professionnels de la santé francophones, qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

Dans les régions éloignées, la formation professionnelle est coûteuse en temps (p. ex., temps de déplacement) et en argent (p. ex., coût des billets d'avion). Les centres ne sont pas toujours en mesure d'offrir de la formation professionnelle à leurs employés.

RÉGION DE L'EST

Dans l'Est, tout comme en Ontario, le financement et le recrutement sont des problèmes récurrents. Selon les personnes interviewées, les besoins sont bien réels, mais les ressources financières ne suivent pas. Selon l'ACCSC, l'un des défis du financement des centres de santé communautaire au Nouveau-Brunswick est la concentration des fonds dans les soins primaires alors que peu de financement est disponible pour les soins de santé primaires tels les programmes de prévention et de promotion de la santé.

Au Nouveau-Brunswick, la rétention du personnel est une autre problématique majeure qui, selon les gestionnaires, nuit à l'accessibilité aux services en français.

En Nouvelle-Écosse, l'isolement professionnel est un problème majeur pour les médecins francophones. Il faut assurer une masse critique de professionnels en santé pour briser cet isolement et ce peut être difficile dans les petites communautés.

Au cours des dernières années, le Consortium national de formation en santé a pu assurer une formation en français pour des étudiants hors Québec en médecine via l'Université de Sherbrooke et l'Université Sainte-Anne. La plupart des médecins du Centre médical de Clare ont suivi cette formation, et sont demeurés dans la région par la suite, ce qui assure un service culturellement approprié pour la communauté.

«Dans l'Est, tout comme en Ontario, le financement et le recrutement sont des problèmes récurrents. Dans l'Ouest, le recrutement et le maintien en poste de professionnels bilingues est une problématique encore plus marquée.»

À l'Île-du-Prince-Édouard, où les centres de santé autonomes ont été convertis en centres gérés par le ministère de la Santé, on indique que le système actuel défavorise les personnes âgées au profit des jeunes. En effet, le système offre peu de services d'aiguillage et plusieurs services répondent plus particulièrement aux besoins des jeunes familles. Des cadres de centres de santé communautaire étudient d'ailleurs la possibilité de rétablir certains services communautaires.

RÉGIONS DE L'OUEST ET DU NORD

Dans l'Ouest, le recrutement et le maintien en poste de professionnels bilingues est une problématique encore plus marquée. Au Manitoba, des professionnels quittent leur poste car le centre où ils travaillent est trop éloigné de leur lieu de résidence. De plus, la pratique du partage de personnel n'est pas encore chose courante au sein des établissements.

En Alberta, où la clinique en est à ses premiers balbutiements, on parle déjà de manque de financement et de la trop grande dépendance financière de l'organisme sur le gouvernement fédéral. Les personnes interviewées ont également mentionné la difficulté de recruter des professionnels francophones. Le centre est d'ailleurs toujours à la recherche d'un médecin.

L'éparpillement géographique des francophones à Calgary pourrait freiner le recrutement de clients pour la Clinique francophone de Calgary.

Selon l'étude réalisée par Hubert Gauthier et Nadia Benomar sur les Primary Care Networks en Alberta, la principale barrière au développement des services en français reste l'identification et le recrutement d'employés bilingues ainsi que la sensibilisation au concept d'offre active.

En Colombie-Britannique, il n'existe toujours pas de centre de santé communautaire pour desservir les communautés francophones, malgré le fait qu'une Maison de la francophonie ait vu en jour en 1993. On cite le peu d'engagement des professionnels francophones, la fragmentation des organismes francophones et l'éparpillement de la population francophone sur un grand territoire pour expliquer le fait qu'un tel organisme n'ait jamais vu le jour.

Au Yukon, autre endroit où il n'y a pas de centre de santé communautaire pour desservir les francophones, la communauté essaie d'obtenir du financement depuis 2003, mais sans succès. Tous les ordres de gouvernement se relancent le ballon en ce qui a trait au financement. Selon les personnes interviewées, la population francophone du Yukon ne demeure pas longtemps dans le territoire, ce qui nuit au sens d'appartenance à la communauté francophone.

5 POSSIBILITÉS DE CROISSANCE

ONTARIO

Étant donné le manque d'argent chronique au sein des ministères du gouvernement de l'Ontario, il est suggéré de bâtir de nouvelles entités à partir des centres de santé communautaire existants. Il est plus facile d'ouvrir un bureau satellite que de créer une nouvelle structure.

De plus, il est fortement recommandé de commencer avec un petit centre, offrant un nombre limité de services. Il est plus facile de commencer avec un projet de petite envergure et de faire ses preuves vis-à-vis des bailleurs de fonds.

Afin de faciliter le recrutement de professionnels francophones, il est suggéré d'offrir des stages bien rémunérés aux étudiants en santé afin de susciter leur intérêt pour le travail en milieu francophone. Il est aussi recommandé de mettre les infirmières praticiennes à l'avant-plan des centres de santé communautaire afin d'offrir plus de soins à moindre coût.

Certains RLISS ont de la difficulté à comprendre les réalités et besoins des francophones. Il est suggéré que les entités de planification des services de santé en français participent à la gestion des fonds consacrés à la santé des communautés francophones partout en Ontario.

RÉGION DE L'EST

Les répondants du Nouveau-Brunswick croient que la communauté francophone doit exercer des pressions politiques afin de démontrer le besoin d'un plus grand nombre de centres de santé communautaire. Pour ce faire, il faudrait démontrer que l'accès à des professionnels de la santé est plus rapide dans un centre de santé communautaire que dans un cabinet médical privé. Il est important d'impliquer des professionnels de la santé dans les démarches afin d'augmenter les chances de succès.

Il est cependant important que les francophones aient un réel pouvoir décisionnel (comme une gouvernance francophone) plutôt qu'un rôle consultatif. Toujours selon les répondants, les centres doivent commencer avec des projets de petite envergure et progresser par étapes.

Étant donné que la Nouvelle-Écosse ne finance pas ou très peu les centres de santé communautaire, il pourrait y avoir un rôle pour les municipalités dans la construction et la gestion de telles entités. Dans cette province, l'ACCSC incite tous les centres de santé communautaire à se concerter pour revendiquer un financement annuel du gouvernement provincial.

De plus, afin de pallier au manque de professionnels francophones, quelques établissements postsecondaires réservent des places aux étudiants francophones.

RÉGION DE L'OUEST

Tout comme au Nouveau-Brunswick, les personnes interviewées croient que la communauté francophone du Manitoba doit s'impliquer si elle veut augmenter le nombre de centres offrant des soins de santé primaires et des services communautaires, pour les francophones. Il faut non seulement une implication communautaire, mais des dossiers bien étayés avec une solide justification. En gros, il faut bien vendre ses idées.

De plus, afin de contrer la pénurie de professionnels francophones, il est suggéré de former un plus grand nombre de professionnels de la région, qui seraient plus enclins à y demeurer une fois leur éducation complétée.

En Alberta, il pourrait être intéressant de travailler avec un ou plusieurs réseaux de soins primaires afin d'établir des stratégies gagnantes pour desservir les francophones et assurer la survie de la clinique à plus long terme.

En Colombie-Britannique, la communauté mise sur le secteur de l'éducation francophone (conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique et collège Éducacentre) pour faire débloquer un projet de centre de santé communautaire francophone. En Alberta, le Conseil scolaire Franco-Sud avait d'ailleurs été la bougie d'allumage derrière le projet. La Colombie-Britannique se penche également sur les possibilités de partenariat avec des centres de santé communautaire anglophones.

«Il est cependant important que les francophones aient un réel pouvoir décisionnel (comme une gouvernance francophone) plutôt qu'un rôle consultatif. Toujours selon les répondants, les centres doivent commencer avec des projets de petite envergure et progresser par étapes.»

6 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Les balises de la présente étude ne permettaient pas de réaliser un inventaire exhaustif des modèles et types de centre de soins de santé primaire desservant les francophones vivant en situation minoritaire au Canada. Toutefois, les entrevues et commentaires recueillis nous permettent de dégager des tendances :

- **Les communautés francophones doivent continuellement s'adapter aux réalités politiques et économiques en ce qui a trait à la promotion des soins de santé primaires. Pour cette raison, les communautés se retrouvent avec différents modèles de centres de santé communautaire (entente de location avec les régies de santé, recrutement de médecins payés à l'acte, création ou participation de réseaux de médecins, etc.)**
- **Plusieurs communautés francophones rencontrent des défis similaires dans la mise sur pied de centres de santé communautaire, d'où la nécessité de travailler étroitement en partenariat avec des organismes nationaux comme la Société Santé en français et l'Association canadienne des centres de santé communautaire. Ces organismes peuvent aider à établir des liens avec d'autres organismes francophones ou bilingues situés ailleurs au Canada.**
- **La mise sur pied d'un centre de santé communautaire en milieu minoritaire peut être longue et ardue. Les communautés qui ont réussi réitèrent l'importance :**
    - ***D'obtenir l'appui d'un champion du secteur de la santé (médecin ou autre professionnel de la santé) afin de donner de la crédibilité au projet;***
    - ***D'impliquer des partenaires clés comme les conseils scolaires francophones, les associations provinciales et territoriales de défense des droits des francophones, les organismes communautaires, la communauté francophone et les municipalités;***
    - ***D'embaucher une infirmière praticienne tôt dans le processus afin d'inclure des services de prévention et promotion de la santé dans l'offre des services;***
    - ***De mettre en place un modèle de gouvernance francophone qui soit à l'écoute des besoins des francophones en matière de santé.***
- **Il est important de commencer avec un projet de petite envergure et d'attirer des médecins et/ou infirmières praticiennes francophones afin de recruter des clients et de démontrer aux bailleurs de fonds la nécessité d'une telle infrastructure pour mieux desservir la population francophone.**
- **Dans le contexte actuel de restriction budgétaire, il est important de travailler en partenariat avec des centres ou des institutions de santé déjà en place afin de réduire les dépenses en capital pour démarrer le projet.**
- **Il serait avantageux pour l'Association canadienne des centres de santé communautaire et la Société Santé en français de calculer l'impact de l'investissement dans les centres de santé communautaire en milieu minoritaire sur la réduction des incidences et l'utilisation des services d'urgence et d'hospitalisation.**

«Plusieurs communautés francophones rencontrent des défis similaires dans la mise sur pied de centres de santé communautaire, d'où la nécessité de travailler étroitement en partenariat avec des organismes nationaux comme la Société Santé en français et l'Association canadienne des centres de santé communautaire.»

- Il faudra adapter tout projet aux réalités régionales (centre qui fonctionne en français mais qui offre des services aux francophones, Autochtones et anglophones; centre de santé communautaire en milieu rural qui inclut des lits de soins ambulatoires ou palliatifs; centre à gouvernance anglophone qui offre certains services en français dans un milieu où il n'y a pas de masse critique francophone, etc.).
- La gouvernance par et pour les francophones permet d'être à l'écoute des besoins réels de la communauté et de tirer parti de la diversité des compétences et des relations de confiance que les bénévoles apportent à une organisation.
- Le modèle de carrefour communautaire qui existe au Nouveau-Brunswick et qui est à l'étude présentement en Ontario regroupe un ensemble de services aux francophones (santé, culture, emploi, établissement). Il présente plusieurs avantages pour les bailleurs de fonds et pour la clientèle. Selon l'ACCSC, ces modèles de carrefour communautaire prennent racine dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) qui ont vu le jour au Québec dans les années 1970.
- Le gouvernement fédéral a accepté de financer un projet pilote de centre de soins de santé primaire en milieu minoritaire en Alberta pour une période de trois ans sur une base expérimentale. (la clinique francophone de Calgary).

RECOMMANDATIONS

La présente étude permet de dégager des tendances et observations utiles en ce qui concerne les modèles de soins de santé primaire pour desservir les francophones en milieu minoritaire.

Une étude plus approfondie de deux ou trois modèles permettrait de bien documenter les étapes de mise en œuvre d'un centre de santé communautaire (historique complet, obstacles, solutions proposées, budget, modèle de soins, gouvernance, recrutement du personnel, etc.) Cette analyse pourrait fournir des données et de l'information essentielles aux organismes souhaitant démarrer une telle initiative, et leur éviterait de nombreuses démarches pour recueillir des données auprès des centres de santé communautaire francophones à travers le Canada. Il pourrait être intéressant d'ajouter un exemple d'un projet de centre de santé communautaire n'ayant pas réussi à se développer en mettant l'accent sur les leçons à tirer.

De plus, il y a des lacunes dans plusieurs provinces quant aux données probantes disponibles pour valider ou justifier les avantages des centres de santé communautaire pour la santé des francophones vivant en situation minoritaire. Il pourrait être intéressant, avec l'ouverture du projet expérimental de la clinique francophone à Calgary, de développer dès maintenant des indicateurs pour mesurer l'impact de ce nouveau centre sur sa clientèle.

Afin d'aider les communautés francophones vivant en milieu minoritaire à mettre en place des centres de santé communautaire à leur image, il faudra que les associations nationales telles que l'Association canadienne des centres de santé communautaire et la Société santé en français ainsi que le gouvernement fédéral travaillent conjointement afin de fournir des outils, des ressources et un financement d'appoint pour faciliter la définition des besoins; la concertation des joueurs clés; la revendication auprès des instances provinciales, territoriales ou municipales; et le développement initial.

Finalement, l'Association canadienne des centres de santé communautaire et la Société Santé en français doivent convaincre le gouvernement fédéral, dans le cadre des transferts en matière de santé, de mettre en place des mesures de renforcement positives pour les provinces et territoires qui soutiennent la création de centres de soins de santé primaires desservant la population francophone. Ce genre de mesure a fortement contribué à la création et à l'amélioration du système d'éducation de langue française au Canada.

Bibliographie

L'Acadie Nouvelle, Santé en français : une première au Nouveau-Brunswick, http://www.acadienouvelle.com/actualites/2014/04/18/sante-en-francais-premiere-au-nouveau-brunswick/?pgnc=1, le 18 avril 2014, site consulté en septembre 2015.

Atlantic Evaluation Group, Rapport final : Soins de longue durée en français, http://santeipe.ca/wp-content/uploads/Rapport-final-Soins-de-longue-dure%CC%81e-en-franc%CC%A7ais.pdf, rapport consulté en septembre 2015.

CACHC, Community Health Centres: An Integrated Approach to Strengthening Communities, and Improving the Health and Wellbeing of Vulnerable Canadians and Their Families, www.cachc.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/CACHCA-Position-Paper-CDN-Federal-Government-role-in-community-primary-health-care.pdf, mai 2009, rapport consulté en septembre 2015.

Centre de santé communautaire de l'Estrie, Qui sommes-nous?, www.cscestrie.on.ca/qui-sommes-nous/mission-et-vision, site consulté en mars 2015.

Comptes rendus d'entrevues auprès de représentants provinciaux et territoriaux de la Société Santé en français réalisées entre avril et septembre 2015.

Consultation menée dans le cadre de l'atelier Élargir l'accès aux centres de santé communautaire de langue française partout au Canada, congrès de l'ACCSC, 17 septembre 2015.

De Moissac, Danielle, et al. Le recrutement et la rétention des professionnels de la santé et des services sociaux bilingues en situation minoritaire, http://ustboniface.ca/file/documents---recherche/Recrutement-et-rtention-des-professionnels-bilingues-2014.pdf, rapport consulté en septembre 2015.

Données des sondages réalisés entre avril et septembre 2015 auprès de gestionnaires des centres de santé communautaire.

Gauthier, Hubert et Nadia Benomar. Un meilleur accès en Alberta aux services de santé primaires en français par l'intermédiaire des Primary Care Networks, 28 pages, rapport consulté en 2015.

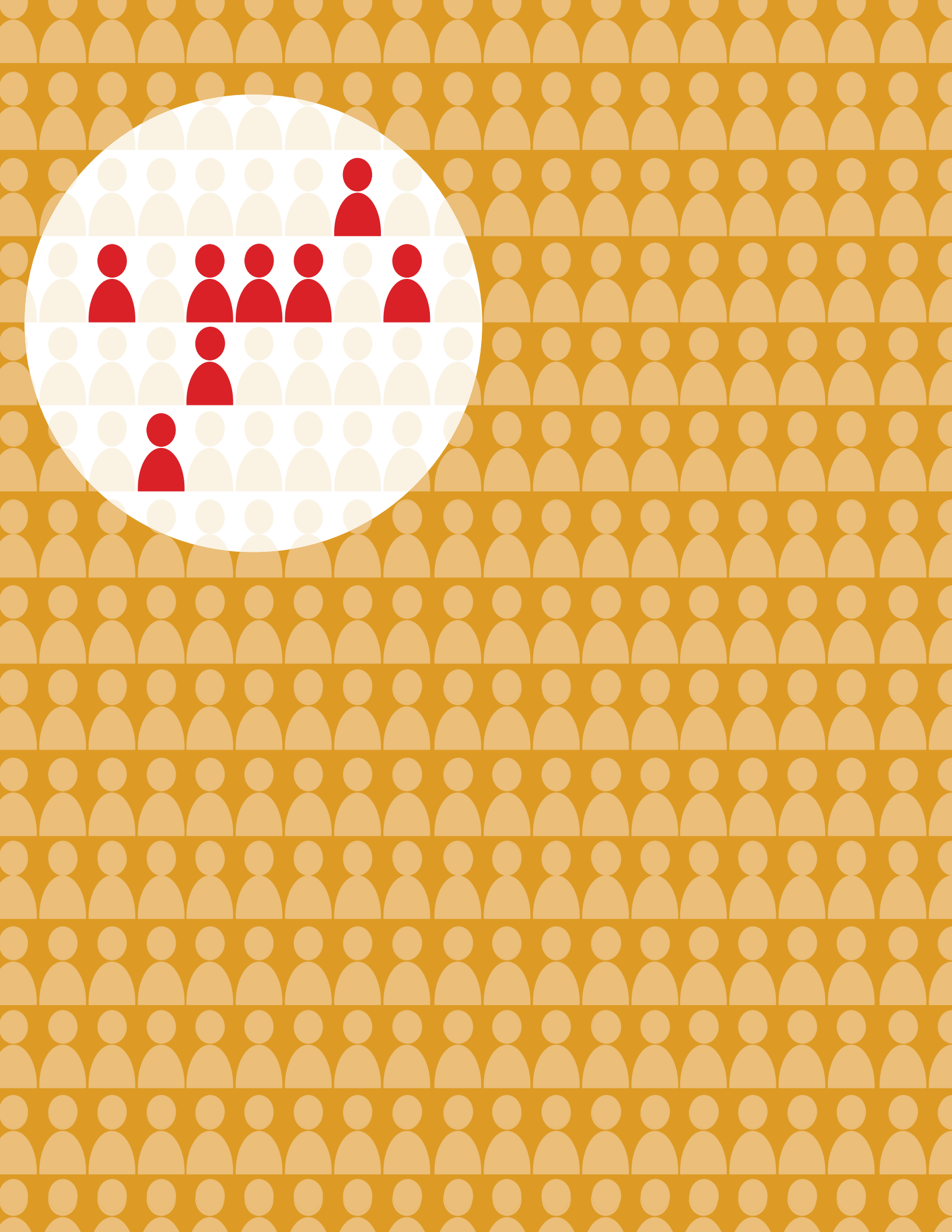
Gouvernement du Canada, Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada, Rapport du groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé, www.canadiensensante.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/alt/report-healthcare-innovation-rapport-soins-fra.pdf, rapport consulté en juillet 2015.

Hogg, W. et al., The Comparison of Models of Primary Care in Ontario (COMP-PC) study: methodology of a multifaceted cross-sectional practice-based study, www.openmedicine.ca/article/view/218/259, site consulté en mai 2005.

Organisation mondiale de la santé, Déterminants sociaux de la santé, http://www.who.int/social_determinants/fr/, site consulté en mai 2015.

Sangaré, Yalla, Le Centre de santé de Clare : un modèle pour l'accès à des services de santé en français, 2014, 13 pages.

Service de santé publique de Sudbury et du district, 10 pratiques prometteuses pour réduire les iniquités sociales en matière de santé dans les cadres locaux de santé publique, 11 pages.

Tremblay, Suzanne et Ghislaine Prata. Pour des services de santé linguistiquement et culturellement adaptés, https://santefrancais.ca/wp-content/uploads/Normes---tude-am--ricaine-FR.pdf, rapport consulté en septembre 2015

Wellesley Institute, Enhancing Primary Health Care – Enhancing Health Equity in Canada, mai 2010. 30 pages.