LE RÉSEAU DU MIEUX-ÊTRE
FRANCOPHONE
DU NORD DE L'ONTARIO

# Rapport du Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario

(Rapport consultatif)

2012-2013

# Table des matières


**Sommaire** 7

**Introduction** 10

**Vision de l'engagement communautaire** 12

a) Ce qu'est l'engagement 13

**La méthode** 16

a) Données primaires 16

b) Données secondaires 17

c) Les principes directeurs 18

**La mosaïque santé** 19

a) Qualité et sécurité des soins 20

b) Compétences culturelles et linguistiques 22

c) Préparer le terrain 25

**Vers un système équitable : Recommandations** 29

a) Lieux d’accès 30

b) Ressources humaines 34

c) Promotion et prévention 35

d) Engagement de la communauté et planification des services 37

e) Santé mentale et toxicomanie 40

**Et demain...** 42

**Annexes** 43

Annexe 1 - Les entités de planification 43

Annexe 2 - Les niveaux d'engagement communautaire 45

Annexe 3 - Les Carrefours santé 48

Annexe 4 - Données démographiques sur les francophones 50

Annexe 5 - Principes directeurs du RMEFNO 52

Annexe 6 - Tableau des recommandations du rapport consultatif 2012-2013 du RMEFNO 53

**Bibliographie** 55

LE RÉSEAU DU MIEUX-ÊTRE
FRANCOPHONE
DU NORD DE L'ONTARIO

Le 8 février 2013

Aux conseils d'administration des RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest,

C'est dans un esprit de collaboration et de respect que nous vous proposons ce premier rapport du Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario (RMEFNO), conformément à l'article 16 de la Loi sur l'intégration du système de santé local. Le RMEFNO est fier de pouvoir collaborer avec les RLISS NE/NO afin de devenir un des acteurs qui contribueront à consolider les efforts d'amélioration de la santé des francophones du Nord.

Les recommandations contenues dans ce rapport ont pu tenir compte de la voix des francophones grâce à l'engagement communautaire et à la participation aux Carrefours santé du personnel du RMEFNO ainsi qu'aux centaines de rencontres avec les résidents du Nord et avec les fournisseurs de services de santé auxquelles celui-ci a participé depuis la création du RMEFNO.

Nous sommes d'avis que ce premier rapport reflète des préoccupations et des besoins prioritaires en matière de soins de santé en français pour les francophones du Nord de l'Ontario.

C'est le désir collectif du mieux-être des francophones qui a donné naissance à ce rapport, et nous tenons à remercier tous nos partenaires, les membres de la communauté et nos collaborateurs, qui ont contribué de près ou de loin à la production de ce document.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

Kim Morris
Coprésidente
Conseil d'administration RMEFNO

Denis Bélanger
Coprésident
Conseil d'administration RMEFNO

Le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario
435, avenue Notre-Dame, bureau 206, Sudbury (Ontario) P3C 5K6
Sans frais : 1-866-489-7484
www.rmefno.ca

# Sommaire

L'amélioration de la santé est l'affaire de plusieurs acteurs, et l'engagement des communautés, des individus ainsi que des fournisseurs de services est essentiel à une offre de services culturellement et linguistiquement appropriés.

Cet engagement doit être le fruit d'un travail collectif et de partenariats solides. Il faut envisager l'engagement sur le long terme et ainsi viser le plus haut niveau de participation des communautés et des individus afin de promouvoir une prise en main de sa santé par chacun. Le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario (RMEFNO) offre ces recommandations aux RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest. Le RMEFNO sera là en tant que partenaire pour appuyer les RLISS dans l'avancement de ces dossiers.

Ce document exploite des données issues de l'engagement communautaire du Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario (RMEFNO) et des données issues de documents écrits spécialisés. Il fait un survol du contexte actuel en santé et aborde des thèmes comme la qualité et la sécurité des soins, les compétences culturelles et linguistiques, ou encore l'offre active.

Dans ce premier rapport, le RMEFNO a jugé bon de faire état de recommandations plus larges représentant les axes par lesquels les services de santé en français peuvent être améliorés.

Ces recommandations structurelles sont les suivantes :

- **Lieux d'accès** : Créer, maintenir et soutenir le développement de lieux d'accès de services de santé en français qui soient culturellement et linguistiquement appropriés pour les francophones de l'Ontario.
- **Ressources humaines** : Augmenter la présence et

l'accessibilité de ressources humaines francophones compétentes là où sont les besoins. Ceci inclut un volet formation et un volet planification des ressources humaines.

- **Promotion et prévention** : Soutenir le développement et la mise en oeuvre de programmes de promotion en santé culturellement et linguistiquement adaptés qui mettent l'accent sur les déterminants de la santé afin d'améliorer l'état de santé de la population francophone.

- **Engagement et planification** : Assurer une place importante aux communautés francophones quant à la planification des services en français et à la prise en main de leur santé.

- **Santé mentale et toxicomanie** : Recommander la mise sur pied d'un comité partenaire entre le RMEFNO et les RLISS afin d'évaluer l'état de la situation, les besoins et les solutions possibles pour les services de santé mentale et de toxicomanie en français. Ce comité devra entre autres se pencher sur :

    - L'importance d'encourager le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les agences de financement ainsi que les fournisseurs de services afin qu'ils augmentent l'offre de programmes de promotion et de prévention culturellement et linguistiquement appropriés pour les francophones.
    - La mise en œuvre de méthodes de collecte de données sur les services de santé mentale et de toxicomanie en français.

Ce document présente aussi plusieurs recommandations spécifiques qui touchent certains aspects particuliers des recommandations structurelles. Certaines de ces recommandations, comme celles sur les compétences culturelles et linguistiques, sur l'offre active et les données probantes, offrent des pistes prometteuses pour le travail conjoint des RLISS et du RMEFNO. Nous présentons aussi les

initiatives des communautés de Thunder Bay et de Timmins qui travaillent depuis plusieurs années à des projets visant l'amélioration de la santé des francophones. En choisissant des objectifs communs et accessibles, des améliorations réelles pourront être apportées à l'offre de services de santé en français.

# Introduction

Améliorer la santé des Ontariens est un objectif noble que poursuit le gouvernement de l'Ontario. Néanmoins, l'amélioration de la santé n'est pas l'affaire exclusive de l'administration provinciale. Plusieurs acteurs doivent s'engager dans ce processus. On n'a qu'à penser aux individus, aux communautés, aux fournisseurs de services, aux professionnels de la santé, etc. et c'est ici qu'interviennent les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Afin d'améliorer l'ensemble de l'offre des services, le gouvernement a mis en place, en 2006, une structure visant à localiser l'offre des services. Les RLISS se voulaient un moyen de rapprocher le citoyen de la prise de décisions afin, entre autres, de favoriser l'intégration et la pertinence des services offerts.

Dès le départ, la communauté francophone s'est montrée intéressée à participer activement à la planification des services visant l'amélioration de sa santé[1]. En accord avec l'esprit des transformations du système de santé, la communauté francophone a dès lors cherché à jouer un rôle actif et important dans les rouages des services de santé.[1]

*Engagement communautaire à Kapuskasing*

C'est ainsi que, dans la loi promulguée en 2006, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) reconnaît la place et la participation des francophones. Cette loi justifie aussi l'existence d'une entité de planification pour les francophones. À l'issue de discussions et d'un dialogue constant avec la communauté francophone, les entités de planification voient finalement le jour en 2010.

C'est ainsi qu'est formé le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario (RMEFNO), qui est investi du rôle d'entité de planification pour la région du Nord de l'Ontario.

[1] Groupe de travail sur les services de santé en français. (2005). Services de santé pour la communauté franco-ontarienne : Feuille de route pour une meilleure accessibilité et une plus grande responsabilisation.

La région attribuée au RMEFNO correspond au territoire couvert par le RLISS du Nord-Ouest et le RLISS du Nord-Est.

Ces deux RLISS sont considérés comme les plus efficaces en raison des efforts qu'ils ont déployés pour bien desservir la communauté francophone de l'Ontario. Le RMEFNO est fier de pouvoir s'associer à ces RLISS afin de devenir un partenaire important qui consolidera les efforts d'amélioration de la santé des francophones du Nord. C'est dans cet esprit que nous vous proposons ce premier document de réflexion sur l'offre de services en français dans le Nord.

Évidemment, l'amélioration de la santé repose et reposera toujours sur la qualité des partenariats créés. En ce sens, la qualité des échanges combinée avec un dialogue constant et productif entre les RLISS et le RMEFNO sont des conditions incontournables pour assurer le succès de notre mission. Nous sommes heureux de voir les progrès accomplis depuis un an et nous sommes optimistes quant à l'amélioration de notre travail conjoint pour les prochaines années. Plusieurs recommandations abordent d'ailleurs ce sujet. Il est important de développer une confiance mutuelle dans nos compétences et surtout dans notre objectif commun, qui est d'améliorer la santé des Franco-Ontariens.

*« Évidemment, l'amélioration de la santé repose et reposera toujours sur la qualité des partenariats créés. »*

Offrir des services en français est d'abord et avant tout une question de qualité des soins. Dans le but d'assurer qualité et sécurité aux clients, l'offre de services se doit de tenir compte de la langue, de la culture et des besoins réels des personnes. Ces conditions sont essentielles à la qualité et à l'efficacité des soins offerts. C'est sur ces bases, et dans un esprit de respect et de dialogue constant, que nous vous proposons ce premier rapport et que nous formulons certains avis qui nous paraissent importants.

# Vision de l'engagement communautaire

Afin de comprendre la vision et les idées présentées dans ce document, il est essentiel de clarifier la vision de l'engagement communautaire adoptée par le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario, car, au-delà de la définition que l'on choisit, c'est le rôle ou la place que doit prendre l'engagement qui importe le plus. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée reconnaît la complexité inhérente de l'engagement communautaire.

*Engagement communautaire à Chapleau.*

> *« Societal endeavours have tensions built into them. By a tension, we mean a tug between opposing views of how to do something for the sake of societal good. Community engagement is no exception[2]. »*

Dans la « *Section 4: Tensions Within Community Engagement* » d'un document adressé aux planificateurs en santé, une liste de ces tensions est présentée. Malgré les différences d'opinions à ce sujet, l'objectif de l'engagement communautaire en santé est le même pour tous les acteurs : une amélioration de la santé de la population. Avec un objectif commun, les RLISS et les entités de planification des services de santé en français[3] se doivent de collaborer et de considérer leur coexistence comme une opportunité de collaborer de manière plus étroite au mieux-être de la population francophone. Le ministère est très lucide sur ce point puisqu'il indique :

> *« Tensions can be seen as flaws in a societal endeavour. On the other hand , they can be seen as inevitable results of complex human processes and*

**Vision de l'engagement communautaire**

a) Ce qu'est l'engagement.....13

[2] Ardal, S., Butlet, J. et Edwards, R. (2006). Module 5 - Community Engagement and Communication : The Health Planner's Toolkit.

[3] Voir l'annexe 1, *Les entités de planification*, afin de consulter un bref aperçu du rôle que la loi attribue aux entités de planification des services de santé en français.

*beliefs – results that, if untended, become dangerous,* ***but if managed become sources of opportunity and ingenuity****. And the art of managing tensions seldom lies in blowing away one side of the tension in favour of the other. It more often lies in recognizing that both poles have a degree of validity to them. This relationship sometimes involves finding a middle position that displaces the original positions, but often such middle positions are not feasible.* ***The art then lies in finding ways to manage the relationship between the two positions***[4]. »

Il importe qu'une vision commune de l'engagement puisse être développée par les RLISS et par le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario. Ce qui suit présente le point de vue du Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario (RMEFNO) et devrait permettre au RLISS du Nord-Est et au RLISS du Nord-Ouest de mieux comprendre ce rapport.

## a) Ce qu'est l'engagement

L'engagement citoyen, dans son sens large, est généralement compris comme une forme de participation des citoyens et de la communauté à un processus de décision et de mise en œuvre qui les touche.

D'ailleurs, un rapport de l'ombudsman de l'Ontario illustre clairement les dangers associés à une définition trop vague de l'engagement. Dans son rapport intitulé *La combine du RLISS*, André Marin explique que des conditions de base doivent être respectées afin que toutes les parties considèrent un processus comme

« L'engagement de la collectivité ne devrait être ni une surprise, ni une embuscade. Les intervenants devraient savoir qu'on sollicite leurs opinions et leurs commentaires dans le cadre d'un processus d'engagement de la collectivité. Ils devraient avoir suffisamment de renseignements sur la question considérée pour participer de manière informée à la discussion[5]. »

Ombudsman ONTARIO

[4] Ardal, S., Butlet, J. et Edwards, R. (2006). Module 5 - Community Engagement and Communication : The Health Planner's Toolkit.

[5] Marin, A. (2010). « La combine du RLISS ». http://www.ombudsman.on.ca/Ombudsman/files/07/07042d2d-32fa-457f-b7de-d4bf1332054f.pdf, page consultée le 30 janvier 2013.

une véritable action d'engagement.

« L'engagement citoyen » est une expression relativement vague et elle peut signifier des choses assez différentes selon l'interprétation que l'on en fait.

*Foire des aînés à North Bay.*

Le citoyen engagé ne fait pas que « faire partie de sa communauté » mais il « prend part » aux activités dans toutes les sphères telles que la santé, l'éducation, le développement durable et l'économie. Il prend donc une part active au développement de l'avenir et ne fait pas qu'assister passivement aux événements [6].

Plus récemment, le RLISS du Nord-Ouest a proposé une définition de l'engagement communautaire. Cette dernière est très englobante et plusieurs formes d'engagement peuvent s'y reconnaître. Cela laisse entendre que les RLISS mettent l'accent sur le besoin d'une participation communautaire plutôt que sur un modèle prédéfini.

> « La participation communautaire s'entend des méthodes que les RLISS et les fournisseurs de services de santé utilisent pour interagir, communiquer et échanger de l'information avec les intervenants.
>
> Le but de la participation communautaire est d'informer, d'éduquer et de consulter les intervenants, de les habiliter et de solliciter leur participation aux processus de planification et de prise de décisions concernant les soins et les services de santé, afin d'améliorer le système de santé.
>
> Les activités de participation communautaire peuvent être continues ou faire l'objet d'un seul projet et peuvent viser des intervenants à l'externe ou à l'interne [7]. »

**Vision de l'engagement communautaire**

a) Ce qu'est l'engagement.....13

La définition du ministère et du RLISS du Nord-Ouest nous apparaît comme très pertinente dans le cadre de l'engagement

[6] Vézina, S. (Éd.). (2007). Gouvernance, santé et minorités francophones : Stratégies et nouvelles pratiques de gestion au Canada. Moncton, Éditions de la Francophonie.

[7] RLISS du Nord-Ouest. (2011). Lignes directrices et trousse du RLISS sur la participation communautaire.

communautaire en santé dans le Nord de l'Ontario où la concentration des francophones et la distance qui sépare ces derniers varient considérablement.

Nous croyons que trois facteurs essentiels doivent être réunis afin que la participation puisse avoir un effet réel sur la santé des francophones. Il faut, selon nous, que les citoyens et les citoyennes engagés dans la planification des services de soins de santé francophones répondent aux critères suivants :

**Informé** : Un citoyen engagé est conscient de la situation de son milieu qu'elle soit favorable ou non; il est informé, ce qui lui permet de réagir face aux changements et aux défis à venir.

**Responsable** : Un citoyen engagé se sent responsable de sa santé et tente, autant que possible, de prendre part aux décisions concernant sa santé. Il s'assure que sa voix est entendue et respectée.

**Réseauté** : Un citoyen engagé est réseauté et il utilise les outils de dialogue, de consultation et de participation mis à sa disposition. Il entretient des liens avec son Carrefour santé, avec le RMEFNO ainsi qu'avec les membres de sa communauté.

On doit comprendre l'engagement sur un continuum. Dans le cadre de notre réflexion, nous considérons que pour que l'engagement soit suffisamment important, il doit aller jusqu'à l'étape de l'habilitation (*empowerment*). (Pour une présentation des niveaux d'engagement et pour avoir des exemples de ce qu'ils signifient, voir l'annexe 2 - *Les niveaux d'engagement communautaire*.)

*Engagement communautaire à Thunder Bay.*

# La méthode

Depuis qu'il existe, le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario (RMEFNO) travaille à recueillir et à analyser les données qui lui permettront de devenir acteur important du système de santé. Ces données peuvent être recueillies directement sur le terrain (données primaires) ou provenir d'études et d'analyses provenant d'une tierce partie (données secondaires). Il est fondamental de développer des systèmes d'information qui permettront à long terme de fournir une information probante et fiable. Comme le RMEFNO en est à ses débuts, ces systèmes sont présentement en phase de développement et de mise en œuvre.

## a) Données primaires

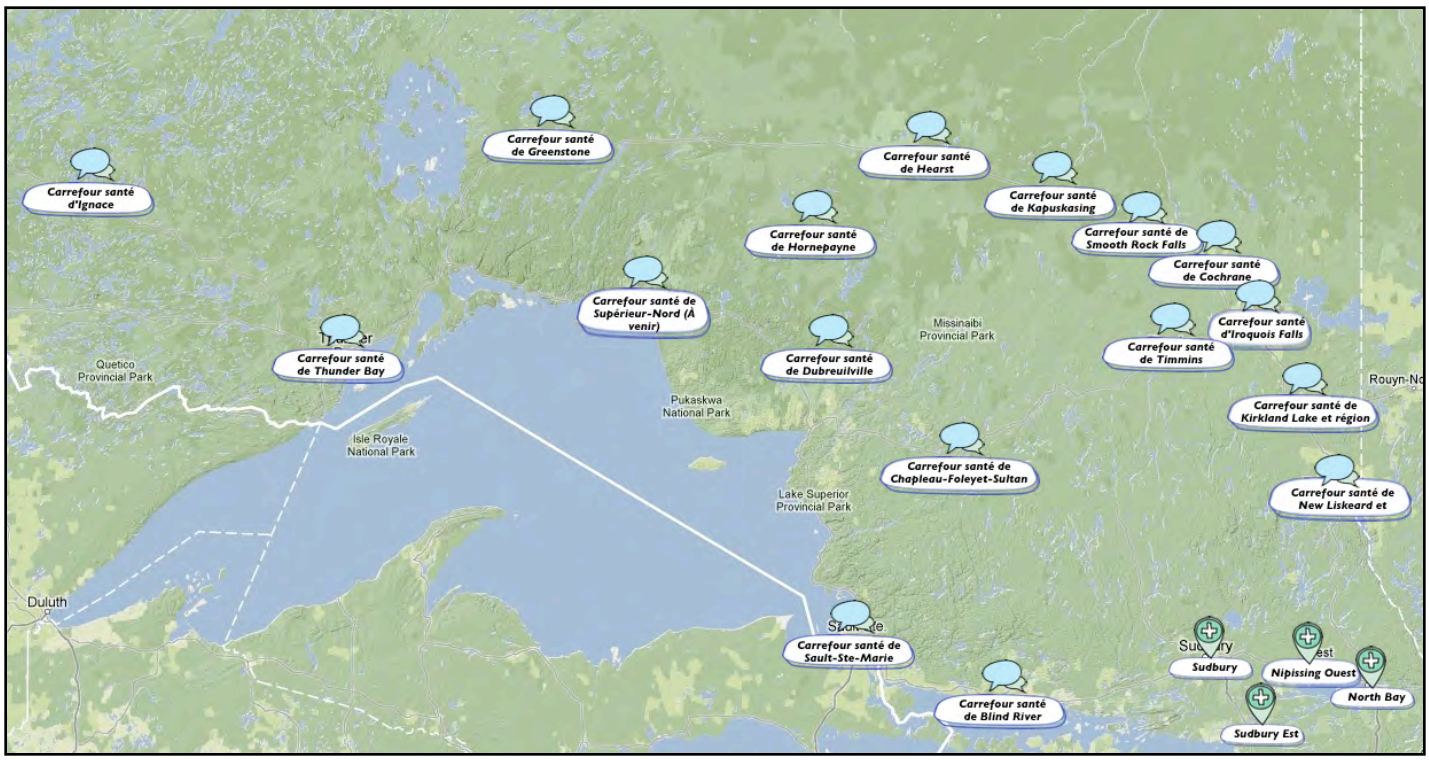
*Engagement communautaire à Sault Ste. Marie.*

Dans le cadre du premier rapport, les données primaires s'inspirent de données rassemblées principalement par des méthodes d'engagement communautaire. De nombreuses rencontres avec les communautés et avec les organismes offrant des services en français nous ont permis d'accumuler de l'information ancrée dans les besoins réels des communautés. Au-delà de 1000 rencontres individuelles ou de groupe ont eu lieu lors de l'année financière 2011-2012.

Il est toutefois à noter que l'un des principaux moyens d'engagement utilisé par le RMEFNO est le Carrefour santé. Les Carrefours santé sont des structures innovatrices et sont inspirées des approches ascendantes (*bottom up*) qui visent à générer un engagement réel et à long terme. L'annexe 3, *Les Carrefours santé,* propose quelques éléments explicatifs de ce modèle.

**Méthode**

a) Données primaires.....16
b) Données secondaires.....17
c) Principes directeurs.....18




*Carte des Carrefours santé existants et de leur équivalent sur le territoire du RMEFNO.*

## b) Données secondaires

Notre revue complète de la documentation existante nous permet de tenir compte de toutes les données les plus récentes en matière de santé. Nous commençons d'abord par revoir l'étude provinciale intitulée *Préparer le terrain* ainsi que ses composantes régionales pour le Nord et le Moyen-Nord. Cette revue comprend les différentes études et les outils du ministère, entre autres l'Évaluation sur l'impact de l'équité en matière de santé (EIES). Notre recherche inclut également les diverses études et documents de la Société Santé en français (SSF) et du Consortium national de formation en santé (CNFS). Ce document fait ensuite état d'autres études sur des notions comme les compétences culturelles et linguistiques ou encore l'offre active. L'annexe 4, *Données démographiques sur les francophones,* montre la répartition des francophones sur le territoire du RMEFNO. Finalement, la revue de la documentation

comprend des tendances en santé à l'échelle internationale, nationale et régionale.

## c) Les principes directeurs

Lors de l'été 2012, le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario s'est doté de principes directeurs dont l'intérêt est de guider ses interventions. Ces principes sont issus du désir du RMEFNO d'œuvrer dans le meilleur intérêt des francophones. Ces principes ont été validés par la communauté franco-ontarienne et représentent ainsi la volonté de cette communauté de travailler à l'amélioration des services de santé en français, et par conséquent de la santé des francophones. Ces principes sont énoncés à l'annexe 5, *Principes directeurs du RMEFNO*.

*Engagement communautaire à Ignace.*

*Engagement communautaire à Timmins.*


**Méthode**

a) Données primaires.....16

b) Données secondaires.....17

c) Principes directeurs.....18

# La mosaïque santé

La conception que l'on se fait de la santé a évolué énormément depuis les dernières décennies. D'une vision axée presque exclusivement sur la maladie, la conception de la santé s'est transformée pour devenir plus inclusive et ainsi laisser une place plus importante à l'individu et aux communautés. La section qui suit reprend intégralement plusieurs éléments du rapport « Préparer le terrain » qui sont toujours pertinents et méritent d'être rappelés dans le cadre de ce rapport.

*L'OMS définit la santé « non seulement comme l'absence de maladie, mais aussi comme un état de complet bien-être physique, mental et social ».*

Lors d'une conférence internationale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) tenue en 1978 à Alma-Ata, l'approche des soins de santé primaires a été définie comme étant une approche holistique de la santé. Celle-ci reconnaît l'influence des facteurs sociaux, économiques et environnementaux sur le mieux-être des personnes. L'OMS définit la santé « non seulement comme l'absence de maladie, mais aussi comme un état de complet bien-être physique, mental et social [8] ». Cette définition souligne l'aspect pluridimensionnel de la santé et englobe tous les facteurs qui peuvent influencer la santé d'un individu : les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels. Plus que cela, la Déclaration d'Alma-Ata souligne qu'il est important que les communautés prennent en main leur santé :

> « Les soins de santé primaires [...] exigent et favorisent au maximum l'auto-responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer [9]. »

[8] Organisation mondiale de la Santé. (2013). Comment l'OMS définit-elle la santé? http://www.who.int/suggestions/faq/fr/index.html, page consultée le 30 janvier 2013.

[9] Organisation mondiale de la Santé. (1978). Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/, page consultée le 30 janvier 2013.


**La mosaïque santé**

a) Qualité et sécurité des soins.....20

b) Compétences culturelles et linguistiques.....22

c) Préparer le terrain.....25

C'est dans cet esprit que le RMEFNO reconnaît le rôle crucial que jouent les communautés et l'individu. Le rôle des institutions se transforme alors en un rôle d'appui aux communautés et aux individus. En matière de gestion de la santé, les institutions ne doivent plus être les seuls dépositaires. Ce rôle doit revenir en partie aux communautés.

De nombreuses études ont été faites quant aux rôles des communautés dans le domaine de la santé, mais celui-ci prend particulièrement son sens lorsqu'il est question de la gestion des maladies chroniques. D'évidence, il semble que les maladies chroniques découlent principalement d'habitudes de vie qui s'inscrivent dans un univers culturel et communautaire. Tenter d'améliorer la santé des communautés sans les engager apparaît alors comme un projet voué à l'échec. Pour cette raison, l'engagement doit déboucher sur l'appropriation des moyens disponibles.

*Présentation du Commissaire aux services en français de l'Ontario maitre François Boileau à la communauté de Kapuskasing*

L'importance de recevoir des soins provenant des institutions connaissant à la fois la langue et la culture des communautés devient essentielle.

## a) Qualité et sécurité des soins

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

> *« Des éléments convaincants permettent de prouver que les barrières linguistiques ont des répercussions*

*sur l'accès initial aux services de santé et non seulement sur les soins dispensés par les médecins et les hôpitaux. Les patients sont confrontés à des barrières majeures pour être en mesure d'accéder aux programmes de promotion et de prévention en matière de santé [10]. »*

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

Les études sur l'état de l'accès à des soins en français pour la minorité francophone au Canada et en Ontario sont peu nombreuses. Toutefois, le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire a estimé, en 2001, que plus de 50 % de la population francophone minoritaire avait peu ou n'avait pas accès à des services de santé en français. De plus, le rapport Beaulieu et Lalonde a confirmé que l'Ontario, bien qu'offrant un certain nombre de services en français, n'arrive pas à offrir les services en français dont sa minorité francophone a besoin[11]. Les résultats des recherches menées par le projet *Préparer le terrain* confirme le tout.

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

[10] Bowen, S. (2001). Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé, Santé Canada.

[11] Beaulieu, M. et Lalonde, J. (2003). Le choix d'une carrière en santé : Éléments de motivation, de discussion et d'influence des élèves du secondaire francophone de l'est de l'Ontario. Réseau des services de santé en français de l'Ontario.



a) Qualité et sécurité des soins.....20
b) Compétences culturelles et linguistiques.....22
c) Préparer le terrain.....25

conséquences significatives. Bowen souligne, entre autres, que les barrières linguistiques contribuent vraisemblablement[12] :

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

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

## b) Compétences culturelles et linguistiques

Le problème de barrière linguistique dépasse largement le niveau de l'intervenant; c'est aussi un problème organisationnel. L'intervenant ne doit pas être le seul à posséder les compétences linguistiques; on devrait aussi retrouver ces dernières chez l'ensemble du personnel des organismes et du système qui offre les services. En effet, si la réceptionniste, l'infirmière ou le préposé

[12] Bowen, S. (2001). Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé, Santé Canada.

aux repas ne parlent pas français, les conséquences peuvent aussi être importantes. En fait, la décision de ne pas avoir recours au service débute souvent avec la réceptionniste. De la même façon, si le gestionnaire qui planifie et organise les services ne possède pas les compétences culturelles nécessaires, cela aura des répercussions sur l'organisation de l'offre de ces services aux populations visées. Ceci est encore plus important en contexte de soins primaires où le premier contact est déterminant. Le problème d'accès est donc un problème systémique.

Selon Léonard Aucoin, l'enjeu des compétences culturelles et linguistiques est récent. Cependant, il note une explosion des articles scientifiques publiés sur le sujet depuis 2000[13]. Cette préoccupation est apparue aux États-Unis suite au constat des inégalités d'accès aux services de santé en raison des facteurs culturels et linguistiques. L'intérêt de développer des compétences culturelles et linguistiques découle donc d'un désir de desservir les populations en tenant en compte leurs particularités.

Le rapport Aucoin souligne que les premières lignes directrices quant aux compétences culturelles au niveau provincial au Canada ont été développées en Nouvelle-Écosse. Cette province a plus tard développé un outil[14] qui permet d'évaluer le niveau de compétences culturelles dans les organisations de santé et de les appliquer, et ce, en début de processus, lorsqu'on élabore le contenu et ensuite lorsqu'on évalue les effets.

L'une des définitions couramment utilisées présente les compétences culturelles et linguistiques comme suit :

> « Un ensemble cohérent de comportements, d'attitudes et de politiques qui s'intègrent dans un système, une organisation ou entre des professionnels, et qui habilitent ce système, cette

[13] Aucoin, L. (2008). Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé.

[14] Nova Scotia Department of Health and Wellness. (2009). Cultural Competence Assessment Tool for Clinical Guideline Development.



a) Qualité et sécurité des soins.....20
b) Compétences culturelles et linguistiques.....22
c) Préparer le terrain.....25

> organisation ou ces professionnels à travailler de façon efficace dans des situations transculturelles[15]. »

Ce que cette définition fait ressortir d'important, c'est l'accent sur l'intégration de cet « ensemble cohérent » dans un système. Pour que les soins de santé en français soient adaptés, il faut que le système et tous ses acteurs y participent. Il ne suffit donc pas que les professionnels de la santé possèdent ces compétences culturelles, mais il faut aussi qu'elles fassent partie intégrante du système et des organisations de santé.

Comme le souligne le rapport Aucoin, cette compétence culturelle n'est pas un caprice mais une question de sécurité et de qualité des soins.

On peut aussi ajouter que les compétences culturelles sont un élément essentiel des soins centrés sur le patient. Un rapport du *Commonwealth Fund* de 2006 souligne d'ailleurs que :

> « Les pionniers des compétences culturelles, comme ceux des soins centrés sur le patient, ont reconnu que les disparités dans la qualité des soins de santé ne résultaient pas de barrières culturelles seulement entre les patients et les professionnels de la santé, mais aussi entre des communautés entières et leurs systèmes de santé. De là, le besoin non seulement de former des professionnels compétents sur le plan culturel, mais aussi de développer des systèmes de santé compétents sur le plan culturel[16]. »

Des chercheurs en santé aux États-Unis ont développé un concept qui représente bien cette réalité : « la compétence culturelle ». Le mot *culture* décrit ici un modèle intégré de pensées, d'actions, de communications, de coutumes, de croyances, de valeurs et d'institutions propres à un groupe ethnique, linguistique, social ou religieux. La compétence culturelle est alors perçue comme un atout important et nécessaire qui permet d'offrir des services de qualité et qui, en définitive, se traduit par une amélioration de la

[15] Aucoin, L. (2008).

[16] The Commonwealth Fund. (2006). The Role and Relationship of Cultural Competence and Patient-Centeredness in Health Care Quality.

santé d'une population.

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

## c) Préparer le terrain

La recherche la plus exhaustive portant sur les services de santé en français dans notre région demeure *Préparer le terrain* (PLT). La recherche de ce rapport, basée sur les consultations, les entrevues et les sondages menés par les réseaux de santé francophones de l'Ontario, a permis de rencontrer un échantillon des acteurs clés dans le domaine de la santé en français. Ces acteurs sont les organismes offrant des services en français, les patients francophones, les communautés, les autorités gouvernementales, les experts et les professionnels du domaine de la santé.

Le principal résultat issu de cette recherche confirme évidemment des lacunes importantes quant à l'accès à des services de santé en français de qualité là où cela est nécessaire. En ce qui concerne les lieux d'accès aux services de santé en français, il est apparu clairement que ceux-ci étaient insuffisants pour répondre aux besoins de la communauté. Ceci est encore plus marqué dans le nord-ouest de la province. Dans le rapport PLT, on discerne plus particulièrement trois défis ou besoins spécifiques : l'absence d'une suite de services disponibles et des services d'aiguillage peu efficaces; le manque de services en général et de services pour



a) Qualité et sécurité des soins.....20
b) Compétences culturelles et linguistiques.....22
c) Préparer le terrain.....25

des besoins spécifiques; enfin, la pauvreté des partenariats et du réseautage. Ces lacunes sont plus prononcées dans les services suivants : médecine familiale, services de santé mentale et de toxicomanie, services d'orthophonie, services diététiques et services de santé pour les enfants. Les régions éloignées et les petits centres comptent parmi les plus défavorisés en ce qui concerne la disponibilité des services.

Pour remédier à ces défis, les facteurs suivants ont été proposés comme essentiels : une offre de services proactive; une sensibilisation accrue de la population et des organismes, de meilleures promotions et communications; un répertoire des services, des partenariats et de la coopération; et une augmentation dans l'accès à des services de santé en français[17].

Le défi des ressources humaines a été présenté comme un défi particulier dans PLT : un manque de professionnels bilingues, une formation adaptée aux besoins locaux et un engagement des jeunes dans le secteur de la santé. Il a été proposé, comme éléments de solutions : une stratégie de recrutement et d'encouragement efficace pour les professionnels bilingues jumelée à la participation active de la communauté; une campagne de maintien en poste du personnel bilingue; une augmentation de la présence des francophones dans les programmes médicaux postsecondaires par le biais de promotion et d'incitations; une augmentation de l'offre locale de cours de formation en langue; et une sensibilisation des jeunes francophones aux perspectives offertes dans le secteur de la santé ainsi que du rôle qu'ils pourraient jouer dans l'amélioration de notre société.

Il est aussi noté, à propos de la promotion et de la prévention, dans le rapport PLT, la quasi absence d'une vision de promotion et de prévention dans la planification actuelle des organismes et des communautés. Il fut recommandé de développer une vision globale

[17] Le besoin d'un répertoire de services dans les régions d'Algoma et de Sudbury est revenu à plusieurs reprises lors des engagements, des Carrefours santé, des rencontres individuelles et avec les fournisseurs.

avec la participation de la communauté. Il fut aussi noté que l'on devrait conscientiser la communauté à l'importance des différences culturelles, qui devraient être perçues comme une valeur ajoutée possédant le potentiel d'améliorer la santé de la population.

Finalement, le rapport PLT démontre que la planification des services est affectée de façon négative par l'absence d'un continuum de services, de la non-participation des francophones dans la gestion des services existants et par des questions de responsabilisation. Dans le rapport on indique qu'il est primordial, pour assurer une planification optimale, de consacrer les ressources financières nécessaires, de mettre en œuvre des procédures de responsabilisation et de favoriser la coopération et les partenariats, ainsi que la mise en place de services d'interprétation en vue d'une offre de services proactive en français.

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

Le tableau suivant présente les principaux constats au sujet des services de santé en français dans le Nord de l'Ontario. Il comprend des éléments pertinents au RLISS du Nord-Ouest ainsi qu'au RLISS du Nord-Est



a) Qualité et sécurité des soins.....20
b) Compétences culturelles et linguistiques.....22
c) Préparer le terrain.....25

| Principaux constats : besoins et lacunes | |
|---|---|
| **Lacunes** | **Causes sous-jacentes** |
| L'offre de services de santé n'est pas continue sur tout le territoire. | Le manque de personnel francophone ou bilingue. |
| L'offre de services de santé en français est variable selon l'organisation. | Un manque de coordination et l'utilisation inadéquate des ressources humaines disponibles. |
| La qualité des services offerts est parfois compromise. | Le manque de compréhension ou de sensibilité dans les institutions à majorité anglophone, face à l'importance, pour les francophones, de recevoir des services dans leur langue maternelle. |
| La problématique de l'accès aux services en français est plus aiguë dans certains services. | Le nombre insuffisant de francophones occupant des postes cadres ou siégeant aux conseils d'administration d'agences et d'institutions de santé. |
| Certaines catégories d'usagers sont plus vulnérables face au manque de services en français. | Le manque d'information sur les services en français disponibles. |

# Vers un système équitable : Recommandations

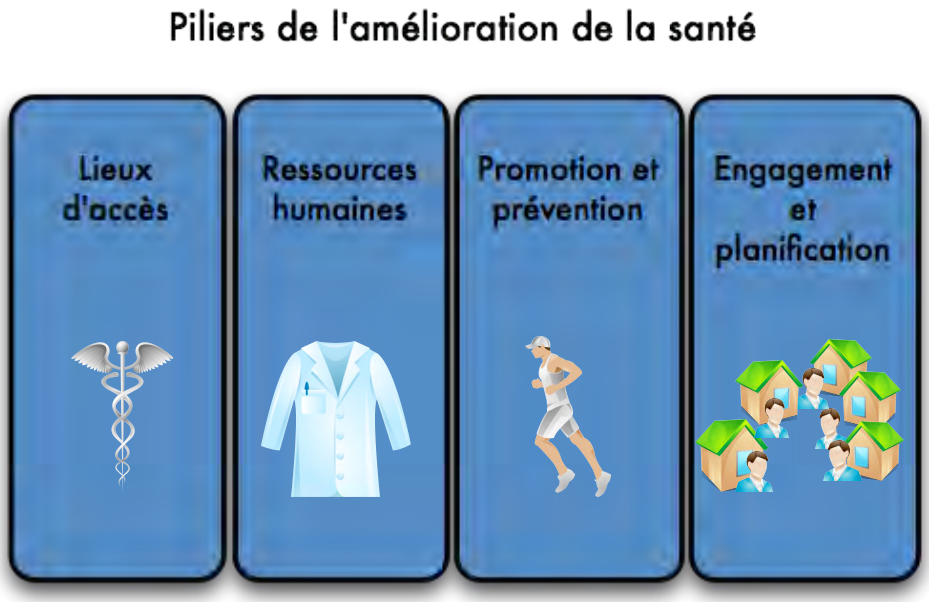
Comme nous en sommes à notre premier rapport, nous croyons essentiel de revenir sur des recommandations structurelles qui touchent de façon plus systémique les changements nécessaires à l'amélioration de la santé de nos communautés. Ces recommandations sont les piliers sur lesquels sont assises l'ensemble des recommandations plus spécifiques et concrètes. Conséquemment, en plus des recommandations structurelles, nous proposons aussi une série de recommandations plus spécifiques qui, selon nous, peuvent être mises en oeuvre assez rapidement.

Inspirées de « Préparer le terrain », nos recommandations reflètent quatre grands piliers : les lieux d'accès, les ressources humaines, la prévention des maladies et la promotion de la santé, et la participation de la communauté à la planification des services. Ces piliers sont les fondements sur lesquels il est possible, à long terme, d'améliorer la santé des francophones. Il va sans dire que le travail nécessaire à la consolidation de ces piliers sera constant et graduel. Mais il importe ici de se donner des pistes qui visent à la fois la gouvernance provinciale, les institutions qui offrent des services ainsi que les communautés et les individus qui sont ultimement ceux pour qui cette gouvernance et ces institutions existent. Un dernier axe de recommandations est celui de la santé mentale et de la toxicomanie. Ce domaine a été identifié par la communauté francophone comme prioritaire et les recommandations à ce sujet visent une collaboration avec les RLISS afin d'améliorer l'accès à des services de santé mentale et

**Vers un système équitable**

a) Lieux d'accès.....30
b) Ressources humaines.....34
c) Promotion et prévention.....35
d) Engagement et planification.....37
e) Santé mentale et toxicomanie.....40

de toxicomanie en français. Un tableau abrégé contenant toutes les recommandations se trouve à l'Annexe 6 - Tableau des recommandations.




## a) Lieux d'accès

**Recommandation structurelle : lieux d'accès**

**Créer, maintenir et soutenir le développement de lieux d'accès de services de santé en français qui soient culturellement et linguistiquement appropriés pour les francophones de l'Ontario.**

L'amélioration et l'augmentation des lieux d'accès est évidemment au cœur d'une stratégie visant à améliorer la santé des francophones. Comme nous l'avons fait ressortir dans la partie sur les compétences culturelles, il est primordial de se doter de véritables institutions offrant des services en français, des institutions caractérisées par des compétences culturelles élevées.

C'est sur l'ensemble du territoire qu'on retrouve ces besoins. Chacune des communautés nous a fait part d'un manque quant à

l'offre des services de santé en français. Bien évidemment, ces lacunes sont variables en ce qui concerne l'accessibilité de l'offre et les types de service offerts.

Plus encore, on remarque que trop de services en français sont aléatoires, au sens où l'offre tient plus du hasard de la présence de professionnels francophones que d'une volonté claire et institutionnalisée d'offrir des services en français. Pour assurer une offre à long terme, il est important de favoriser une offre systémique des services en français.

---

## Recommandation spécifique : développer un mécanisme de travail conjoint pour la désignation

Développer un mécanisme de travail conjoint avec les RLISS pour la désignation des institutions, tel que prescrit par le règlement 515/09 de la Loi de 2006.

Dans l'optique de favoriser l'intégration de l'offre de services en français, il existe un mécanisme qui s'inspire de la Loi sur les services en français. On parle ici d'identification et plus encore de désignation. Même si la désignation ne garantit pas l'offre de services, elle demeure un pas dans la bonne direction. Il faudrait définitivement encourager toutes les institutions identifiées à demander la désignation. Dans la dernière année, le RMEFNO a revu et analysé minutieusement tous les plans de désignation dans la région du Nord-Est. Le travail du RMEFNO dans ce dossier a contribué à la désignation de sept organismes depuis son existence. Le RMEFNO aimerait aussi souligner l'importance de la poursuite de ce travail avec le RLISS du Nord-Est et de son engagement continu dans le processus d'identification et de désignation dans le but d'améliorer l'offre de services pour la communauté francophone. Avec le RLISS du Nord-Ouest, étant

**Vers un système équitable**

a) Lieux d'accès.....30
b) Ressources humaines.....34
c) Promotion et prévention.....35
d) Engagement et planification.....37
e) Santé mentale et toxicomanie.....40

donné qu'aucun organisme n'est désigné, des efforts conjoints doivent se poursuivre afin d'identifier des solutions pour accroître l'offre de services en français dans les organismes désignés de la région ainsi que là où le besoin est présent.

---

## Recommandation spécifique : favoriser l'offre active

Favoriser l'offre active des services de santé en français au moyen d'un effort de sensibilisation et un appui aux organismes.

Dans certains cas, l'offre de services en français existe, cependant, dans la plupart des cas, le francophone l'ignore ou se sent gêné d'y recourir. François Boileau, Commissaire aux services en français de l'Ontario, fait référence à ce problème dans son rapport spécial sur la santé :

> *« Une partie de la solution passe notamment par l'offre active. Il a été démontré à plusieurs reprises qu'une offre active de services a un impact considérable sur la demande des services. Plus on offre un service, plus il y aura une demande par la suite. Cela s'applique tout autant dans le domaine de la santé[18]. »*

---

[18] Commissariat aux services en français. (2009). Rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario. Toronto, Ontario.

## Recommandation spécifique : appuyer et travailler avec les communautés de Thunder Bay et de Timmins

Étant donné les lacunes identifiées quant à l'offre de services en français dans les régions de Thunder Bay et Timmins et étant donné l'engagement clair de ces communautés afin de trouver des solutions à ces lacunes, nous recommandons que les RLISS respectifs travaillent avec ces communautés dans le but de trouver une solution visant à leur offrir un accès équitable à des services de santé en français qui répondent à leurs besoins spécifiques.

À la suite de l'identification des lacunes en matière de services de santé offerts aux communautés francophones, deux régions semblent ressortir à court terme tant par la gravité des lacunes que par l'effort fourni par les communautés pour trouver des solutions. Il s'agit ici des régions de Timmins et de celle de Thunder Bay. Dans les deux cas, il paraît évident que des lacunes quant à l'offre de services en français met en péril la santé des francophones. Ce qui est plus important encore, c'est que la communauté en place semble prête à faire tous les efforts nécessaires pour trouver des solutions à ces lacunes.

La communauté francophone de Timmins a identifié la mise en place d'un centre de santé communautaire francophone comme étant une priorité. Un partenariat d'organismes locaux a préparé un plan d'affaires[19] en 2011, et l'Hôpital de Timmins et du district a manifesté son appui au projet dans une lettre envoyée à la ministre de la Santé[20].

La communauté francophone de Thunder Bay travaille depuis plusieurs années à la mise en place d'un centre multiservices francophone avec une composante santé[21]. Des services de santé

[19] Un centre de santé communautaire à Timmins. Plan d'affaires. (avril 2011). Document disponible auprès de l'Alliance de la francophonie de Timmins.

[20] Lettre d'appui au projet de Centre de santé communautaire francophone à Timmins envoyée à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée Deborah Matthews en juillet 2012. Document disponible auprès de l'Alliance de la francophonie de Timmins.

[21] Les besoins des francophones en matière de soins primaires et de promotion et de prévention ont été identifiés dans une étude de 2007 : Ma santé en français SVP.



a) Lieux d'accès.....30
b) Ressources humaines.....34
c) Promotion et prévention.....35
d) Engagement et planification.....37
e) Santé mentale et toxicomanie.....40

primaires seraient offerts à ce centre, et on y ferait de la promotion et de la prévention[22]. L'importance de ce projet a été soulignée à plusieurs reprises lors des rencontres des Carrefours santé dans le Nord-Ouest[23]. Les étapes d'étude de faisabilité et de planification ont été et sont présentement toujours financés par le gouvernement fédéral.

---

## b) Ressources humaines

### Recommandation structurelle : ressources humaines

**Augmenter la présence et l'accessibilité de ressources humaines francophones compétentes là où sont les besoins. Ceci inclut un volet formation et un volet planification des ressources humaines.**

Offrir des services en français sans personnel d'appui ni professionnels qui parlent la langue est impossible. Combien de fois les organismes nous disent-ils qu'ils est très difficile de recruter du personnel francophone? Plus encore, la seule tâche de recruter peut s'avérer problématique et complexe. Par contre, il est clair qu'il existe des solutions et de meilleures pratiques que l'on doit identifier et partager. La présence d'un personnel culturellement et linguistiquement compétent est essentielle à la qualité des soins. En ce sens, tous les efforts doivent être déployés pour développer et favoriser la présence d'un personnel francophone là où les besoins sont criants.

---

[22] Des plans d'affaires pour le centre multiservices et pour une coopérative de logement à l'intérieur du centre ont été réalisés en 2009 et 2011.

[23] Les agents de planification du RMEFNO notent que des chefs de file de la communauté francophone ont soulevé l'importance du projet à deux occasions lors de rencontres des Carrefours santé.

**Recommandation spécifique : offrir de la formation sur les compétences culturelles et linguistiques**

Développer et mettre en oeuvre une approche de formation continue visant l'amélioration des compétences culturelles et linguistiques des organisations desservant des francophones adaptée pour le Nord de l'Ontario qui serait offerte à l'ensemble des institutions.

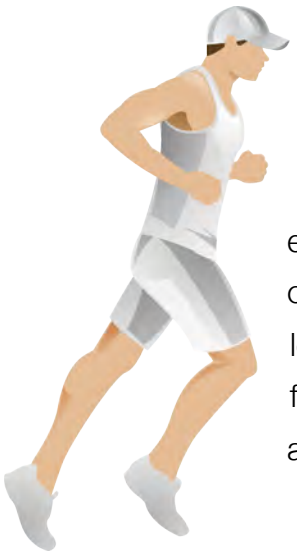
Le lien entre les compétences culturelles et linguistiques des organismes est un facteur déterminant dans la qualité des soins offerts en milieu minoritaire. C'est pourquoi nous croyons qu'il faudra déployer des efforts pour augmenter ce type de compétences sur l'ensemble du territoire des deux RLISS.

---

## c) Promotion et prévention

**Recommandation structurelle : promotion et prévention**

**Soutenir le développement et la mise en oeuvre de programmes de promotion en santé culturellement et linguistiquement adaptés qui mettent l'accent sur les déterminants de la santé afin d'améliorer l'état de santé de la population francophone.**



L'Organisation mondiale de la Santé réfléchit aux meilleures pratiques dans le domaine de la santé. Il lui semble évident, comme pour la plupart des organisations qui se questionnent à ce sujet, que l'avenir de l'amélioration de la santé passe par une augmentation importante des services de prévention des maladies et par un effort de promotion de la santé. Pour les francophones, ceci demeure une priorité et un défi en même temps. Trop souvent, les programmes en place ne sont tout simplement pas offerts en français, ou pire, ils se résument à des calques des programmes anglophones ce qui ne respecte pas les différences culturelles. Afin

**Vers un système équitable**

a) Lieux d'accès.....30
b) Ressources humaines.....34
c) Promotion et prévention.....35
d) Engagement et planification.....37
e) Santé mentale et toxicomanie.....40

d'assurer le succès des diverses stratégies envisagées, il faut s'assurer que celles-ci sont compétentes culturellement et linguistiquement. Bien que la promotion et la prévention ne sont pas un mandat spécifique des RLISS, plusieurs des organisations qu'ils financent font de la promotion et de la prévention. En ce sens, les services de promotion et de prévention devraient être plus intégrés dans le continuum de services.

---

## Recommandation spécifique : utiliser les technologies pour la promotion et la prévention

Utiliser davantage la vidéoconférence et les outils Web pour permettre un meilleur accès à des formations et à des ateliers de promotion et de prévention. Cette approche permettrait aussi de desservir les francophones dans les régions où ils sont peu nombreux.

L'un des principaux défis dans le Nord de l'Ontario demeure la superficie et l'éloignement des communautés francophones. Ceci tend souvent à augmenter l'isolement de ces dernières et à rendre complexe l'offre de programmes de promotion et de prévention. En ce sens, il devient essentiel de pouvoir utiliser des outils technologiques permettant de réduire cet isolement. On pense ici à des outils tels que la vidéoconférence, le webinaire ou la plateforme d'apprentissage en ligne.

---

## d) Engagement de la communauté et planification des services

### Recommandation structurelle : engagement et planification

**Assurer une place importante aux communautés francophones quant à la planification des services en français et à la prise en main de leur santé.**

On se trompe si l'on croit possible d'améliorer la santé d'une population sans obtenir son engagement réel et ferme. Elle doit absolument prendre en main sa santé pour pouvoir l'améliorer à long terme.

En ce sens, il faut s'assurer constamment de permettre une réelle participation des citoyens. La santé des individus est beaucoup plus influencée par leur engagement que par les services qui leurs sont offerts. Ils doivent donc être le centre et la raison d'être des institutions. Trop souvent, on a l'impression que c'est le contraire. Si l'on souhaite réellement améliorer la santé des Ontariens, il faut les habiliter à prendre une place significative lorsqu'il est question de leur santé incluant l'offre des services.

---

**Vers un système équitable**


a) Lieux d'accès.....30

b) Ressources humaines.....34

c) Promotion et prévention.....35

d) Engagement et planification.....37

e) Santé mentale et toxicomanie.....40

## Recommandation spécifique : assurer une cueillette des données probantes

Mettre en place ou adapter, le plus tôt possible, l'ensemble des systèmes d'information qui permettent de recueillir des données se rapportant aux francophones, et ce, dans les domaines suivants :

- l'utilisation des services de santé;
- l'état de santé de la population;
- le développement et la présence de ressources humaines francophones.

Pour arriver à prendre en main sa santé et pour s'assurer d'une meilleure qualité de décision, il est absolument nécessaire de posséder des données fiables et continues entourant la santé des francophones. Il existe très peu de données fiables à ce sujet et il est fondamental que les systèmes d'information en place commencent dès que possible à recueillir et à discriminer selon la langue du client. Sinon, il sera toujours plus difficile pour les intervenants, particulièrement les communautés, d'être des acteurs efficaces.

---

## Recommandation spécifique : utiliser les nouvelles approches pour la cueillette des données probantes

Augmenter la capacité de planification par l'utilisation de nouvelles approches telles que les systèmes d'information géographique.

Les systèmes d'information géographique sont à la fine pointe des outils de planification des services de santé. Avec les données probantes et les informations concernant les communautés, il serait important de débuter la mise en oeuvre d'outils permettant de visualiser et d'analyser les véritables besoins de nos communautés.

---

## Recommandation spécifique : utiliser une lentille francophone

Recommander (exiger si cela est possible) l'utilisation de l'outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) dans toutes les initiatives des RLISS et des organismes offrant des services de santé pour qu'elle serve de lentille francophone.

Trop souvent et sans malice, on développe des programmes, des projets ou des services sans préalablement réfléchir à la réalité des communautés francophones. Il est alors difficile après coup de rajuster le tir. Plus encore, la communauté apparaît alors comme quémandeuse. Si, dès l'élaboration et le développement des services ou projets, on incluait les préoccupations des francophones, on améliorerait significativement l'efficacité de nos actions. C'est pourquoi nous croyons que l'utilisation d'une lentille francophone serait une valeur ajoutée importante au système. Le ministère a déjà travaillé sur un outil qui vise ce genre d'effort. La grille d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES)[24], qui comprend une section importante pour les francophones, pourrait agir à titre de lentille francophone dans un premier lieu. L'utilisation de cet outil est d'ailleurs fortement recommandée par le ministère.

---

## Recommandation spécifique : inclure les services en français dans les ententes avec les fournisseurs

Recommander d'inclure dans les ententes avec les fournisseurs, là où c'est pertinent, l'obligation d'offrir des services en français **et en faire l'évaluation.**

Les fournisseurs de services desservant des francophones devraient être redevables aux RLISS et aux communautés de la

[24] Gouvernement de l'Ontario - Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2012). Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé. http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/heia/, page consultée le 30 janvier 2013.

qualité et de la pertinence des services offerts. Il serait souhaitable que les ententes de redevabilité entre les RLISS et les fournisseurs comprennent des obligations claires quant à l'offre de services en français là où cela est pertinent.

---

## e) Santé mentale et toxicomanie

### Recommandation spéciale : santé mentale et toxicomanie

**Recommander la mise sur pied d'un comité conjoint entre le RMEFNO et les RLISS afin d'évaluer l'état de la situation, les besoins et les solutions possibles pour les services de santé mentale et de toxicomanie en français. Ce comité devra entre autres se pencher sur :**

- **L'importance d'encourager le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les agences de financement ainsi que les fournisseurs de services afin qu'ils augmentent l'offre de programmes de promotion et de prévention culturellement et linguistiquement appropriés pour les francophones.**
- **La mise en oeuvre de méthodes de cueillette de données sur les services de santé mentale et de toxicomanie en français.**

Lors de l'ensemble des activités d'engagement menées par le RMEFNO depuis deux ans, il est apparu évident que l'on doit rapidement se préoccuper de l'offre des services de santé mentale et de toxicomanie pour la communauté francophone. Des préoccupations souvent urgentes nous ont été rapportées. Afin de trouver les solutions qui s'imposent, nous devons travailler ensemble (RLISS et RMEFNO) à mieux comprendre les lacunes existantes et à assurer l'accès à des services linguistiquement et culturellement appropriés dans un domaine où cela est crucial.

En effet, parmi les types de services offerts qui nécessitent une

excellente compréhension de la langue et de la culture, les services de santé mentale et de toxicomanie sont probablement les plus sensibles. Comment comprendre les problèmes de santé mentale sans comprendre le contexte dans lequel se situe la personne?

---

**Vers un système équitable**

a) Lieux d'accès.....30

b) Ressources humaines.....34

c) Promotion et prévention.....35

d) Engagement et planification.....37

e) Santé mentale et toxicomanie.....40

# Et demain...

Et demain... Demain, les RLISS et le RMEFNO devront continuer à travailler ensemble afin de développer des habitudes de travail conjoint. Il faut ancrer notre partenariat dans le respect et une vision conjointe où l'on tente d'améliorer la santé de nos communautés.

Nous sommes optimistes : nous avons la chance de travailler avec deux des RLISS les plus à l'écoute des besoins des francophones en province. Les preuves constantes des efforts que vous avez faits sont indéniables, mais il reste encore beaucoup de chemin à faire.

De notre coté, il faut consolider nos mécanismes d'engagement. Il est impératif d'améliorer nos outils de planification. Finalement, il faut viser une meilleure intégration au travail quotidien des RLISS.

En s'entraidant l'un l'autre, nous pourrons, encore plus qu'aujourd'hui, devenir une valeur ajoutée pour tous et ceci en ayant un impact positif sur la santé et mieux-être des francophones.

# Annexes

## Annexe 1 - Les entités de planification

La création d'une entité de planification des services de santé en français pour le Nord de l'Ontario découle de la loi qui a créé les Réseaux locaux d'intégration des services de santé. Cette loi soulignait la nécessité pour les RLISS d'engager une « entité de planification des services de santé en français » dans le cadre de ses propres activités d'engagement. Cette nécessité est mentionnée à l'article 4 :

> Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local
>
> (4) Lorsqu'il engage la collectivité comme le prévoit le paragraphe (1), le réseau local d'intégration des services de santé engage :
>
> a) d'une part, l'entité de planification des services de santé aux Autochtones et aux Premières nations de la zone géographique du réseau qui est prescrite;
>
> b) d'autre part, l'entité de planification des services de santé en français de la zone géographique du réseau qui est prescrite. [2006, chap. 4, par. 16 (4)[1]]

Suite à cette loi, le gouvernement a mis en place une réglementation qui définissait et créait lesdites entités. Cette réglementation précise, entre autres, le mandat de chacune des entités. L'élément principal de ce mandat est l'engagement des communautés francophones dans le processus de planification des services de santé en français.

En ce sens, le RMEFNO a comme rôle de collaborer avec le RLISS du Nord-Est et le RLISS du Nord-Ouest pour identifier et répondre aux besoins des communautés francophones en matière de services de santé en français. L'une des responsabilités du RMEFNO est de trouver des façons d'engager la collectivité francophone sur tout ce territoire. Afin d'atteindre cet objectif, le RMEFNO a élaboré un projet pour définir et

[1] Dans la loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local, le Ministère reconnaît l'importance d'engager la communauté francophone. http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_06l04_f.htm, page consulté le 20 janvier 2013.

développer une structure qui permettrait d'obtenir un haut niveau d'engagement des citoyens dans la planification des services de santé en français.

La structure d'engagement doit se munir de différents mécanismes qui permettront aux citoyens francophones de prendre en charge l'amélioration des services et des soins de santé en français dans leur région ou dans leur communauté.

La raison d'être du RMEFNO est d'assurer aux francophones du Nord de l'Ontario l'accès à un ensemble de programmes et de services de santé de qualité, en français et qui répond à leurs besoins. Le citoyen francophone est donc le client, et le RMEFNO se greffe au système comme organisation permettant à ces francophones de participer à la planification des services de santé en français à un niveau plus local et plus personnel que celui des RLISS.

# Annexe 2 - Les niveaux d'engagement communautaire

Le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario a aussi jugé important de penser à l'engagement selon un continuum. Plusieurs auteurs et organisations ont déjà proposé des typologies classifiant l'engagement en catégories selon le degré d'influence et de participation aux décisions qu'il permettait. Par exemple, Sylvain Vézina, de l'Université de Moncton, propose une typologie comportant trois types (information, consultation, engagement), tandis que Sherry Arnstein proposait pour sa part une échelle de la participation citoyenne à huit niveaux allant de la manipulation au contrôle citoyen. Le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario s'est quant à lui inspiré d'une typologie développée par Santé Canada.

| Informer | Consulter | Engager | Collaborer | Habiliter<br>« *Empower* » |
|---|---|---|---|---|
| Moins élevé | Degré d'influence et de participation à la prise de décisions | | | Plus élevé |
| | | | | |
| Information reçue, information donnée. | J'écoute et je parle.<br>Vous écoutez et vous parlez. | Nous parlons et nous nous comprenons. | Nous décidons. | Nous sommes responsables et tenus de rendre des comptes. |

Cette typologie a le mérite d'être à la fois simple et de permettre de bien différencier les niveaux de participation réelle des citoyens.

Les paragraphes qui suivent vont expliquer brièvement la catégorisation de l'engagement que nous avons retenue. Les symboles accompagnant les catégories représentent le genre d'interaction entre les acteurs. Une analyse plus approfondie allant jusqu'aux activités de mise en œuvre est reprise dans le document **« L'engagement des communautés francophones »** qui est disponible sur le site Web du RMEFNO dans la section d'engagement communautaire.

Le premier niveau, **« Informer »**, est celui qui représente le plus faible niveau de participation. C'est le niveau le moins complexe parce que le degré d'influence des participants est minime. Ce niveau sert lorsque l'information doit être distribuée à la population, mais que la population n'a pas vraiment de poids ou d'influence sur les décisions. Ce niveau d'engagement peut efficacement être utilisé dans le cadre de programmes d'éducation et de sensibilisation. Par exemple, les programmes de santé publique (lutte contre le tabagisme, lutte contre l'alcoolisme, etc.) utilisent souvent cette stratégie. Toutefois, ce type d'engagement ne peut être considéré comme suffisant dans le cadre de l'engagement au sens où le ministère et les RLISS l'entendent. Déjà, en 2006, le ministère avait clarifié la notion d'engagement communautaire afin d'y inclure des éléments où l'engagement et la participation des citoyens étaient plus élevés.

Le deuxième niveau, **« Consulter »**, donne une voix à la population. Les activités à ce niveau sont encore ponctuelles ; elles ne traitent normalement que d'un seul sujet et visent un grand public. À ce niveau, les décideurs ont besoin de plus d'information pour prendre leurs décisions, information qu'ils vont chercher dans les communautés. La décision demeure entièrement entre leurs mains et le rôle de la communauté est strictement de contribuer aux informations nécessaires à la prise de décision. À ce stade, il n'y a aucun besoin de dialogue ni de justification de la part des décideurs. On doit toutefois remarquer que, du point de vue des communautés, ce stade génère souvent des attentes qui sont pour la plupart non satisfaites, l'objectif ici n'étant pas de faire participer la communauté à la prise de décision, mais seulement de recueillir plus d'information. Il est donc très important à ce stade de clarifier les attentes des participants quant aux informations recueillies. Souvent, le concept d'engagement s'arrête à ce niveau, c'est-à-dire que les organisations considèrent que lorsqu'ils consultent, ils engagent, et que ceci est donc suffisant pour satisfaire à leur responsabilité d'engagement communautaire. Il est évident, selon nous, qu'on ne peut à ce niveau parler encore de véritable engagement et que l'on doit aller plus loin si l'on veut tirer profit de ce que nos communautés peuvent apporter.

C'est à partir du troisième niveau, **« Engager »**, que l'on peut parler de véritable engagement des citoyens, car c'est à partir de ce moment qu'il y a un dialogue entre les deux parties et que l'influence sur les décisions se matérialise. Il faut donc que les organisations mettent en place un processus décisionnel dans lequel elles acceptent de voir les communautés comme preneurs de décision. Évidement, le degré auquel les

communautés peuvent prendre part aux décisions peut varier et doit être circonscrit en fonction des contextes. La complexité de la relation s'accentue aussi puisqu'il y a communication bilatérale et que chacun a quelque chose à gagner à la discussion. À notre connaissance, très peu d'organisations autres que communautaires se rendent à ce niveau.

Le quatrième niveau, **« Collaborer »**, se démarque par le fait que les participants peuvent s'influencer mutuellement. À partir de ce niveau, les citoyens ont la capacité de modifier les politiques et les décisions qui les touchent. Ils discutent entre eux et participent à l'élaboration des solutions qui seront mises en œuvre. Ce niveau marque aussi la transition vers des activités continues puisque les activités ponctuelles étaient plutôt associées aux niveaux précédents. Aux deux derniers niveaux, on trouve la création de partenariats.

Au cinquième et dernier niveau, **« Habiliter - *Empower* »**, il y a un transfert du pouvoir de gestion aux citoyens. Les citoyens acceptent une part des responsabilités en échange de leur engagement dans le processus. À ce niveau, le degré d'influence et le degré de complexité sont très élevés puisque c'est une gestion partagée. Un engagement de ce niveau est difficile à atteindre, mais il est certainement exemplaire puisque les citoyens sont très investis dans le processus et sont motivés, car ils voient le potentiel de changement.

# Annexe 3 - Les Carrefours santé

Un Carrefour santé est un regroupement de gens d'une communauté qui s'assemblent pour cibler les besoins de leur communauté et trouver des solutions. Un Carrefour n'a pas de structure dirigeante, c'est simplement un point de rencontre, l'endroit où tout converge. Les gens qui forment le Carrefour ont la francophonie à cœur et désirent améliorer l'accès à des services de santé en français dans leur région. Idéalement, le Carrefour santé représente l'ensemble de la communauté francophone; ainsi, sa composition doit être représentative de tous ses membres. Si tel n'est pas le cas, le Carrefour doit prendre en considération les membres sous-représentés lorsque vient le temps de planifier des activités d'engagement.

| Mandat/Rôle |
|---|
| ✓ Être le moteur de l'engagement communautaire des citoyens francophones. |
| ✓ Un regroupement qui est le leader communautaire pour dialoguer avec le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario au niveau des besoins des services de santé en français. Son objectif est l'amélioration de la santé des francophones de sa communauté. |

| Objectifs | |
|---|---|
| ✓ Représenter les citoyens francophones dans leur communauté. | ✓ Servir de lien de communication entre la communauté et le RLISS par l'entremise du RMEFNO. |
| ✓ Analyser et comprendre l'information reçue du RMEFNO. | ✓ Sensibiliser la communauté. |

| | |
|---|---|
| ✓ Consulter et engager : Organiser des séances d'engagement public (forums, ateliers, causeries, etc.). | ✓ Recueillir des données et déterminer les besoins de la communauté au niveau des services de santé en français pour les francophones. |
| ✓ Trouver et proposer des solutions innovatrices. | ✓ Créer une synergie communautaire en identifiant et en stimulant des opportunités de partenariat avec différents groupes communautaires francophones œuvrant ou non dans le domaine de la santé. |

| Résultats attendus |
|---|
| Un engagement communautaire accru et continu qui permet à la communauté franco-ontarienne d'influencer la planification des services de santé en français dans le Nord : |
| ✓ Afin d'assurer l'accès à des services et à des soins de qualité, en français et qui correspondent aux réalités du Nord; |
| ✓ Afin d'améliorer la santé des francophones. |

La présence locale d'un Carrefours santé devrait permettre aux individus dans une communauté de prendre leur santé en main en devenant des acteurs de leur propre mieux-être.

# Annexe 4 - Données démographiques sur les francophones

D'après les données de recensement de 2011 et selon la définition inclusive des francophones (DIF), environ 135 000 francophones résident sur le territoire du RMEFNO. Les tableaux qui suivent présente la répartition de ces francophones dans les différents districts du Nord-Est et du Nord-Ouest.

| | *Total de la population* | *Population francophone* | *Pourcentage de francophones* |
|---|---|---|---|
| **Nord-Est** | 544 675 | 127 260 | 23,4 % |
| **Algoma** | 114 345 | 8 115 | 7,1 % |
| **Cochrane** | 80 220 | 37 185 | 46,4 % |
| **Grand Sudbury** | 158 805 | 45 735 | 28,8 % |
| **Manitoulin** | 12 835 | 395 | 3,1 % |
| **Nipissing** | 83 515 | 20 915 | 25,0 % |
| **Parry Sound** | 41 760 | 1 300 | 3,1 % |
| **District de Sudbury** | 21 090 | 5 625 | 26,7 % |
| **Timiskaming** | 32 105 | 7 990 | 24,9 % |

| | *Total de la population* | *Population francophone* | *Pourcentage de francophones* |
|---|---|---|---|
| **Nord-Ouest** | 221 540 | 7 605 | 3,4 % |
| **Kenora** | 57 110 | 1 355 | 2,4 % |
| **Thunder Bay** | 144 285 | 5 875 | 4,1 % |
| **Rainy River** | 20 145 | 375 | 1,9 % |

| | *Total de la population* | *Population francophone* | *Pourcentage de francophones* |
|---|---|---|---|
| **Nord-Ouest** | 221 540 | 7 605 | 3,4 % |
| **Nord-Est** | 544 675 | 127 260 | 23,4 % |
| **Total du territoire du RMEFNO** | 766 215 | 134 865 | 17,6 % |

# Annexe 5 - Principes directeurs du RMEFNO

LE RÉSEAU DU MIEUX-ÊTRE FRANCOPHONE DU NORD DE L'ONTARIO

Reconnaître le rôle essentiel de la communauté franco-ontarienne (CFO) dans le Nord de l'Ontario et encourager ses membres à prendre les mesures et faire les efforts qui s'imposent pour préserver leur langue et leur culture.

Reconnaître que toute gestion, totalement ou partiellement francophone, doit avoir l'autorité financière et décisionnelle pour planifier et mettre en oeuvre les programmes et services répondant aux besoins spécifiques de la CFO.

Maintenir toute gouvernance francophone existante d'institution offrant des services de soins de santé en français. À moins de connaître la réalité d'être membre de la minorité, on ne peut comprendre la pertinence et l'impact de diverses décisions administratives sur la langue et la culture francophones. Toute diminution de la gouvernance par et pour la CFO aura comme conséquence d'augmenter le taux d'assimilation.

Reconnaître que le RLISS a l'obligation d'engager le RMEFNO dans toute démarche ou décision qui pourrait avoir un impact sur la CFO selon le mandat qui est confié au RMEFNO par le gouvernement provincial d'agir comme planificateur des services de santé en français.

Sensibiliser les pourvoyeurs de services de santé dans les régions non désignées à l'importance de reconnaître les besoins ainsi que les différences culturelles et linguistiques de la communauté francophone et les encourager à constater l'importance de développer des services de qualité pertinents pour les francophones.

Permettre à tout membre de la CFO d'avoir accès à des services de soins de santé en français respectant ses besoins linguistiques et culturels.

Reconnaître que la structure administrative de toute institution offrant des services de soins de santé en français doit être en mesure d'assurer des services en français (SEF) équitables et de qualité.

Reconnaître que certains des besoins en soins de santé des membres de la minorité linguistique sont différents de ceux de la majorité. Il faut prendre en considération cette réalité en favorisant le développement des soins de santé en français : les secteurs institutionnels (entre autres, les hôpitaux et soins de longue durée); les soins primaires et communautaires (entres autres, les centres de santé et les soins à domicile); et la santé mentale (incluant la toxicomanie).

Mettre en place une structure permettant aux francophones de gouverner des services en français dans toute institution sans gouvernance francophone offrant des services de soins de santé en français.

Maintenir tout environnement où le français est la langue de travail et encourager les membres de la CFO à travailler en français dans tout environnement où ils se retrouvent. Il est essentiel de favoriser l'épanouissement linguistique et culturel des professionnels et autres employés francophones offrant des soins et des services de santé en français.

# Annexe 6 - Tableau des recommandations du rapport consultatif 2012-2013 du RMEFNO

| Catégorie | Type | Recommandation |
|---|---|---|
| **Lieux d'accès** | Structurelle | 1. Créer, maintenir et soutenir le développement de lieux d'accès de services de santé en français qui soient culturellement et linguistiquement appropriés pour les francophones de l'Ontario. |
| **Lieux d'accès** | Spécifique | 1.1 Développer un mécanisme de travail conjoint avec les RLISS pour la désignation des institutions, tel que prescrit par le règlement 515/09 de la Loi de 2006. |
| **Lieux d'accès** | Spécifique | 1.2 Favoriser l'offre active des services de santé en français au moyen d'un effort de sensibilisation et un appui aux organismes. |
| **Lieux d'accès** | Spécifique | 1.3 Étant donnée les lacunes identifiées quant à l'offre de services en français dans la région de Thunder Bay et Timmins et étant donné l'engagement clair de ces communautés afin de trouver des solutions à ces lacunes, nous recommandons que les RLISS respectifs travaillent avec ces communautés dans le but de trouver une solution visant à leur offrir un accès équitable à des services de santé en français qui répondent à leur besoins spécifiques. |
| **Ressources humaines** | Structurelle | 2. Augmenter la présence et l'accessibilité de ressources humaines francophones compétentes là où sont les besoins. Ceci inclut un volet formation et un volet planification des ressources humaines. |
| **Ressources humaines** | Spécifique | 2.1 Développer et mettre en oeuvre une approche de formation continue visant l'amélioration des compétences culturelles et linguistiques des organisations desservant des francophones adaptée pour le Nord de l'Ontario qui serait offerte à l'ensemble des institutions. |
| **Promotion et prévention** | Structurelle | 3. Soutenir le développement et la mise en oeuvre de programmes de promotion en santé culturellement et linguistiquement adaptés qui mettent l'accent sur les déterminants de la santé afin d'améliorer l'état de santé de la population francophone. |
| **Promotion et prévention** | Spécifique | 3.1 Utiliser davantage la vidéoconférence et les outils Web pour permettre un meilleur accès à des formations et à des ateliers de promotion et de prévention. Cette approche permettrait aussi de desservir les francophones dans les régions où ils sont peu nombreux. |

| Catégorie | Type | Recommandation |
|---|---|---|
| **Engagement et planification** | Structurelle | 4. Assurer une place importante aux communautés francophones quant à la planification des services en français et à la prise en main de leur santé. |
| **Engagement et planification** | Spécifique | 4.1 Mettre en place ou adapter, le plus tôt possible, l'ensemble des systèmes d'information qui permettent de recueillir des données se rapportant aux francophones, et ce, dans les domaines suivants :<br>• l'utilisation des services de santé;<br>• l'état de santé de la population;<br>• le développement et la présence de ressources humaines francophones. |
| **Engagement et planification** | Spécifique | 4.2 Augmenter la capacité de planification par l'utilisation de nouvelles approches telles que les systèmes d'information géographique. |
| **Engagement et planification** | Spécifique | 4.3 Recommander (exiger si cela est possible) l'utilisation de l'outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) dans toutes les initiatives des RLISS et des organismes offrant des services de santé pour qu'elle serve de lentille francophone. |
| **Engagement et planification** | Spécifique | 4.4 Recommander d'inclure dans les ententes avec les fournisseurs, là où c'est pertinent, l'obligation d'offrir des services en français **et en faire l'évaluation**. |
| **Santé mentale et toxicomanie** | Structurelle | 5. Recommander la mise sur pied d'un comité partenaire entre le RMEFNO et les RLISS afin d'évaluer l'état de la situation, les besoins et les solutions possibles pour les services de santé mentale et de toxicomanie en français. Ce comité devra entre autres se pencher sur :<br>• L'importance d'encourager le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les agences de financement ainsi que les fournisseurs de services afin qu'ils augmentent l'offre de programmes de promotion et de prévention culturellement et linguistiquement appropriés pour les francophones.<br>• La mise en oeuvre de méthodes de cueillette de données sur les services de santé mentale et de toxicomanie en français. |

# Bibliographie

A Cultural Competence Guide for Primary Health Care Professionals in Nova Scotia, (2005).

Ardal, S., Butlet, J. & Edwards, R. (2006). Module 5 - Community Engagement and Communication : The Health Planner's Toolkit. http://www.health.gov.on.ca/transformation/providers/information/im_resources.html#health, page consultée le 24 novembre 2012.

Aucoin, L. (2008). Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé. Analyse critique de la littérature, Info Veille Santé Ltée.

Préparer le terrain : soins de santé primaires en français en Ontario. Rapport provincial (2006).

Aboriginal Nurses Association of Canada, (2009). Cultural Competence and Cultural Safety in First Nations, Inuits and Métis Nursing Education. Ottawa, Ontario.

American Psychologist Association, (2007). Cultural Competence and Evidence-Based Practice in Mental Health Services.

Australian Government National Health and Medical Research Council, (2005). Cultural Competency in health: A guide for policy, partnerships and participation.

Australian Government National Health and Medical Research Council, (2005). Making decision about tests and treatments: Principles for better communication between healthcare consumers and healthcare professionals.

Beaulieu, M. et Lalonde, J. (2003). Le choix d'une carrière en santé : Éléments de motivation, de discussion et d'influence des élèves du secondaire francophone de l'Est de l'Ontario. Réseau des services de santé en français de l'Ontario.

Bourgueil, Y., Marek, A. et Mousquès, J. (2009). Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande

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

Brach, C, Fraserirector, I. et Agency for Healthcare Research and Quality, (2000). Can Cultural Competency Reduce Racial And Ethnic Health Disparities? A Review And Conceptual Model.

Commissariat aux services en français, (2009). Rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario. Toronto, Ontario.

Conference Board of Canada, (2012). Integrated Health Care: The Importance of Measuring Patient Experience and Outcomes: Briefing. Ottawa, Ontario.

Green, R. A. (2008). The Impact of Language Barriers on Health Care.

Groupe de travail sur les services de santé en français. (2005). Services de santé pour la communauté franco-ontarienne : Feuille de route pour une meilleure accessibilité et une plus grande responsabilisation.

LeBlanc, P. (2003). Étude sur les formes d'organisation des services de santé en français dans l'Est de l'Ontario, http://www.rssfe.on.ca/files/uploads/rssfe-files/formeorganisationoct03reseauestont.pdf , page consultée le 30 janvier 2013.

Lam, R et Cipparrone, B. (2008). Achieving cultural competence: a diversity tool kit for residential care settings.

Larouche, J. (2007) Ma santé, en français s'il vous plaît! Une proposition qui traite des besoins des franco-ontariens et des franco-ontariennes de Thunder Bay en ce qui a trait aux soins de santé primaires.

Mikkonen, J. et Raphael, D. (2010). Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes. Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York.

North East LHIN, (Novembre 2012). French Language Health Services, http://www.nelhin.on.ca/home.aspx?LangType=3084, page consultée le 24 novembre 2012.

Nova Scotia Department of Health and Wellness, (2011). Cultural Competence Assessment Tool for Clinical Guideline Development, http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/documents/cultural-competence-assess-tool.pdf, page consultée le 14 décembre 2012.

Nova Scotia Department of Health and Wellness, (2011). An Introduction to Cultural Competence in Health Care. Session I : Culture in Health & Care Participant Materials.

Organisation nationale de la santé autochtone, (2008). Compétences et sécurité culturelles: guide à l'usage des administrateurs, fournisseurs et éducateurs en santé. Ottawa, Ontario.

Organisation nationale de la santé autochtone, (2009). Cultural competency and safety in First Nations, Inuit and Métis health care. Ottawa, Ontario.

Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario, (2006). Préparer le terrain : soins de santé primaires en français en Ontario (rapport régional : Nord). Kapuskasing, Ontario.

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est. Plan

de services de santé intégrés 2010-2013, http://www.nelhin.on.ca/assets/0/16/42/1228/58417c98-5366-4b87-b2f0-6ebc1f44d9b1.pdf, page consultée le 24 novembre 2012.

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est, (2010). Rapport sur les services en français 2010.

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest, (2010). Plan de services de santé intégrés 2010-2013.

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest, (2011). Profil de la santé de la population.

Santé Canada, (2012). Rapport sur les plans et les priorités 2012-2013.

Team Development for Primary Health Care Collaboration, (2011). An Introduction to Cultural Competence in Health Care.

The Commonwealth Fund, (2006). Taking cultural competency from theory to action.

The Commonwealth Fund, (2006). The evidence base for cultural and linguistic competency in health care.

The Commonwealth Fund, (2006). The role and relationship of cultural competence and patient-centeredness in health care quality.

Tremblay, S., Douglas A. et Hubert, B. (2012). Étude exploratoire en matière de services de santé intégrés pour les communautés francophones. Ottawa, Ontario.