LES PRIORITÉS DE LA POPULATION D'EXPRESSION ANGLAISE DU QUÉBEC EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 2013-2018

Document basé sur une consultation
auprès des membres de la population d'expression anglaise du Québec

Mai 2012

Remerciements

Ce rapport a été réalisé par Quebec Community Groups Network

à l'aide des sommes allouées par Santé Canada.

Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Table des matières

Sommaire descriptif 1

1. Introduction 10

1.1 Contexte des politiques sociales 10

1.2 Contexte législatif de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux en anglais 10

1.3 La Charte de la langue française et l'accès aux soins de santé et aux services sociaux en anglais 12

2. Méthode de consultation 12

2.1 Aperçu 12

2.2 Méthode de sollicitation du point de vue des Québécois d'expression anglaise 13

3. Caractéristiques démographiques de la population d'expression anglaise du Québec 14

3.1 Taille de la population et répartition géographique 15

3.2 Répartition selon l'âge 15

3.3 Tendances concernant la mobilité et la diversité 15

3.4 Éducation 16

3.5 Revenu et activités de la population active 16

3.6 Sommaire 17

4. Observations 18

4.1 Remarques concernant la présentation des observations 18

4.1.2 Sélection des résultats des groupes de consultation 18

4.1.3 Commentaires des informateurs clés et résultats des sondages 19

4.1.4 Références aux neuf programmes-services du MSSS 19

4.1.5 Analyse 19

4.2 Perceptions de ce qui marche bien 20

4.2.1 Services de protection de la santé 20

4.2.2 Établissements et cliniques où les services offerts en anglais marchent bien 20

4.2.3 Info-Santé 20

4.2.4 Bilinguisme des médecins, dentistes, pharmaciens et ophtalmologistes 21

4.2.5 Infirmières praticiennes 21

4.2.6 Services offerts par les pharmaciens 21

4.2.7 Qualité des services fournis et compétence technique 21
4.2.8 Utilisation de l'internet 22
4.3 Problèmes liés à l'accès aux services en général 22
4.3.1 Commentaires généraux sur les services 22
4.3.1.1 Délais d'attente 22
4.3.1.2 Frais liés au diagnostic et aux soins 23
4.3.1.3 Préoccupations quant au personnel du système de soins de santé et de services sociaux 24
4.3.2 Commentaires relatifs aux programmes-services 25
4.3.2.1 Services de prévention 25
4.3.2.2 Services médicaux de première ligne 26
4.3.2.2.1 Médecins de famille 26
4.3.2.2.2 Incidence de l'absence d'un médecin de famille sur l'accès et la continuité du service 27
4.3.2.2.3 Cliniques 28
4.3.2.2.4 Info-Santé 29
4.3.2.3 Perte d'autonomie liée au vieillissement 30
4.3.2.3.1 Services aux aînés 30
4.3.2.3.2 Observations des aidants naturels 31
4.3.2.3.3 Besoins des aidants naturels 31
4.3.2.4 Enfants et jeunes ayant des besoins spéciaux (déficience intellectuelle et retard de développement; jeunes en difficulté) 32
4.3.2.4.1 Accès aux services 32
4.3.2.4.2 La situation des parents d'enfants ayant des besoins spéciaux 33
4.3.2.5 Services en cas de toxicomanie et de dépendance 33
4.3.2.6 Services de santé mentale 33
4.3.2.7 Services médicaux spécialisés 34
4.4 Problèmes d'accès aux services en anglais 34
4.4.1 Langue et modes d'utilisation des services d'après les sondages 35
4.4.2 Accès aux programmes-services en anglais 35
4.4.2.1 Services de prévention et de santé publique 35
4.4.2.2 Services médicaux de première ligne 36
4.4.2.2.1 Cliniques 36

4.4.2.2.2 Info-Santé 38
4.4.2.3 Perte d'autonomie liée au veillissement 39
4.4.2.3.1 Services aux aînés 39
4.4.2.3.2 Observations des aidants naturels : 40
4.4.2.3.3 Besoins des aidants naturels : 41
4.4.2.4 Enfants et jeunes ayant des besoins spéciaux (déficience intellectuelle et retard de développement; jeunes en difficulté) 42
4.4.2.4.1 Services pour les retards en développement et l'autisme 42
4.4.2.4.2 Services aux jeunes en crise 42
4.4.2.4.3 Situation des parents d'enfants ayant des besoins spéciaux 43
4.4.2.5 Services en cas de toxicomanie et de dépendance 44
4.4.2.6 Services de santé mentale 44
4.4.2.7 Services médicaux spécialisés 45
4.4.2.8 Services en cas de trouble de la parole, du langage et de l'audition 46
4.4.3 Commentaires généraux sur l'accès au services en anglais 46
4.4.3.1 L'importance de recevoir des services en anglais 46
4.4.3.2 Disponibilité de l'information sur les services en anglais 48
4.4.3.3 Établissements et emploi de l'anglais 51
4.4.3.4 Les professionnels et l'emploi de l'anglais 56
4.4.3.5 Disponibilité inégale des services en anglais 56
4.4.3.6 Situation des communautés des Premières Nations d'expression anglaise 57
4.4.3.7 Comparaison des systèmes francophone et anglophone 59
4.4.3.8 Services gouvernementaux connexes 60
4.4.3.9 Occasions offertes aux personnes d'expression anglaise de travailler dans le système de santé et des services sociaux 60
5. Solutions auxquelles recourent les participants de la consultation pour surmonter les obstacles à l'accès : 61
5.1 Déplacements pour obtenir un service 61
5.1.1 Déplacements obligatoires pour obtenir des services médicaux spécialisés ou autres 61
5.1.2 Déplacements volontaires pour obtenir un service en anglais 62
5.1.3 Déplacements volontaires pour éviter une longue attente 63
5.2 Utilisation de l'internet 63

5.3 Demande de services en français 64
5.4 Entrer par des moyens détournés 64
5.5 Demande de soins privés 65
5.5.1 Pour éviter une longue attente 65
5.5.2 Obtenir des services de qualité 65
5.5.3 Obtenir un service en anglais 65
5.6 S'adresser à un organisme communautaire 66
6. Priorités spécifiques définies par les participants de la consultation 67
6.1 Priorités concernant les soins de santé et les services sociaux en général 68
6.2 Priorités concernant les aînés 69
6.3 Priorités concernant l'accès aux services en anglais 69
7. Cinq champs généraux d'action prioritaires pour l'avenir 71
7.1 Adaptation des ressources humaines 71
7.2 Adaptation des services locaux aux besoins locaux 71
7.3 Présence de l'information sur les services en anglais 72
7.4 Création d'une base de connaissances continue sur les usagers d'expression anglaise 72
7.5 Participation de la collectivité 73
8. Avis du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec sur le document d'étude 74
8.1 L'avis 74
8.2 Lien entre les cinq domaines prioritaires et le Plan stratégique du MSSS 76
8.2.1 Adaptation des ressources humaines 76
8.2.2 Adaptation des services locaux aux besoins locaux 77
8.2.3 Disponibilité de l'information sur les services en anglais 77
8.2.4 Création d'une base de connaissances continue sur les usagers d'expression anglaise 78
8.2.5 Participation de la collectivité 78
9. Conclusion 79

ANNEXE I – Groupe de consultation, entrevue et méthode de sondage 80

A. Aperçu de la stratégie de consultation sous forme de groupe de consultation et d'entrevue 80
B. Méthode des groupes de consultation 81
C. Méthode des entretiens individuels et collectifs avec les informateurs clés 86
D. Sujets des entretiens et sessions des groupes de consultation 87
E. Méthode des sondages RCSSS-CROP sur la vitalité des collectivités 88
F. Analyses 89

ANNEXE II – Document de communication pour les organismes et les réseaux communautaires 90

ANNEXE III – Modèle d'instruction aux groupes communautaires concernant la composition des groupes de consultation 93

ANNEXE IV – Échantillon d'invitation à une session de groupe de consultation envoyée par un groupe communautaire dans la région de l'Outaouais-Gatineau 96

ANNEXE V – Échantillon de circulaire pour recruter des membres du groupe de consultation dans la région de Rouyn-Noranda 97

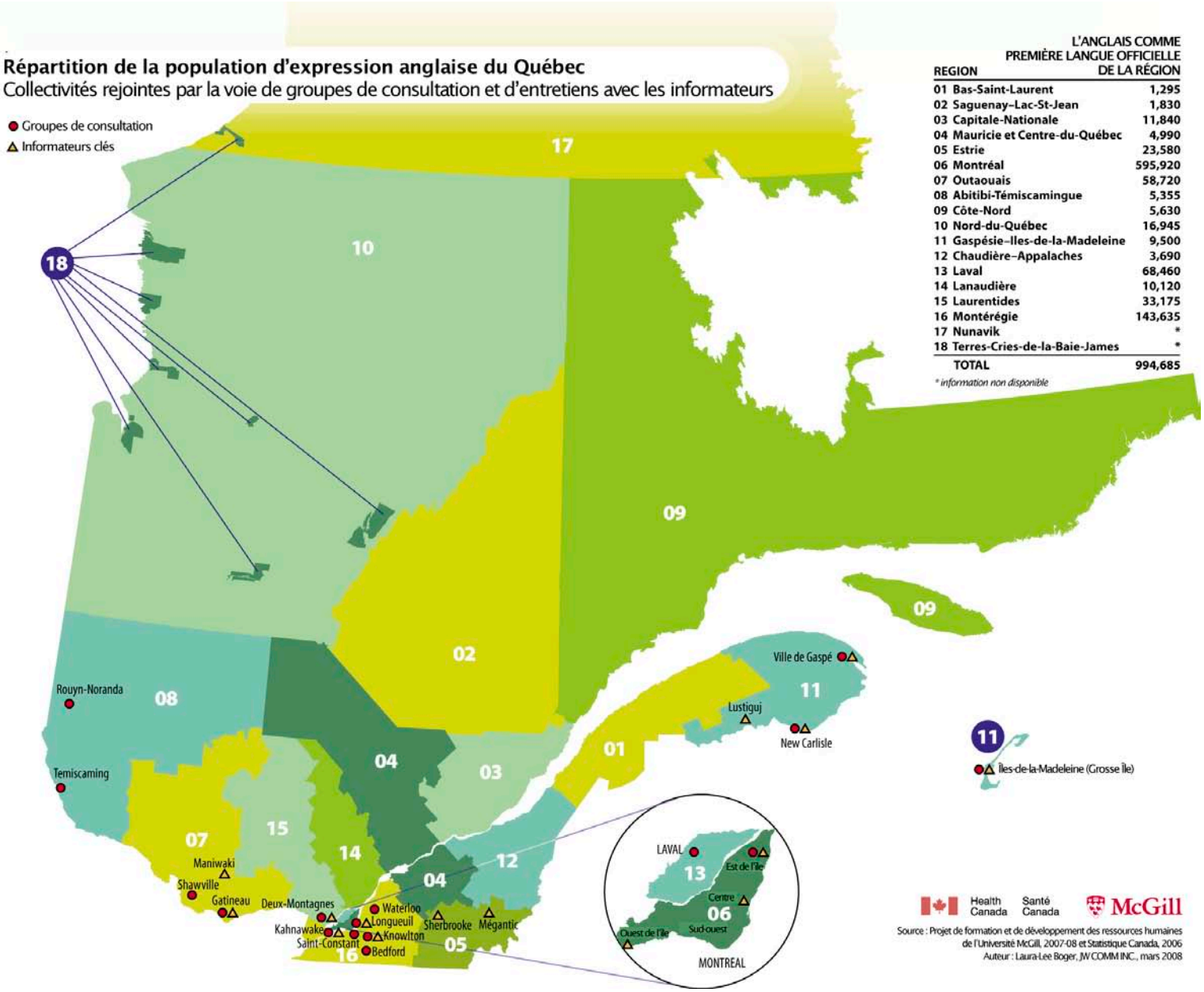
ANNEXE VI – Échantillon d'ordre du jour pour le groupe de consultation aux Îles-de-la-Madeleine 98

ANNEXE VII – Échantillon de protocole d'entrevue pour un groupe de consultation 99

ANNEXE VIII - Échantillon de protocole d'entretien avec les informateurs clés 101

ANNEXE IX – Version originale et traduction de l'avis du MSSS 105

Traductions 125


Répartition de la population d'expression anglaise du Québec
Collectivités rejointes par la voie de groupes de consultation et d'entretiens avec les informateurs
Groupes de consultation
Informateurs clés
L'ANGLAIS COMME PREMIÈRE LANGUE OFFICIELLE DE LA RÉGION
REGION
01 Bas-Saint-Laurent 1,295
02 Saguenay–Lac-St-Jean 1,830
03 Capitale-Nationale 11,840
04 Mauricie et Centre-du-Québec 4,990
05 Estrie 23,580
06 Montréal 595,920
07 Outaouais 58,720
08 Abitibi-Témiscamingue 5,355
09 Côte-Nord 5,630
10 Nord-du-Québec 16,945
11 Gaspésie–Iles-de-la-Madeleine 9,500
12 Chaudière–Appalaches 3,690
13 Laval 68,460
14 Lanaudière 10,120
15 Laurentides 33,175
16 Montérégie 143,635
17 Nunavik *
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James *
TOTAL 994,685
* information non disponible
Rouyn-Noranda
Temiscaming
Maniwaki
Shawville
Gatineau
Deux-Montagnes
Kahnawake
Saint-Constant
Waterloo
Longueuil
Knowlton
Bedford
Sherbrooke
Mégantic
Ville de Gaspé
Lustiguj
New Carlisle
Îles-de-la-Madeleine (Grosse Île)
LAVAL
Est de l'île
Centre
Ouest de l'île
Sud-ouest
MONTRÉAL
Health Canada
Santé Canada
McGill
Source : Projet de formation et de développement des ressources humaines de l'Université McGill, 2007-08 et Statistique Canada, 2006
Auteur : Laura-Lee Boger, JW COMM INC., mars 2008

Sommaire descriptif

Introduction

Dans le cadre des mesures qui découlent des obligations du gouvernement fédéral envers les communautés de langue officielle en situation minoritaire, les ministères fédéraux du Canada renouvellent tous les cinq ans leurs programmes et les affectations budgétaires qui s'y rattachent pour appuyer les deux minorités linguistiques officielles. Le prochain renouvellement portera sur la période 2013-2018.

Santé Canada, qui a des responsabilités importantes envers les minorités linguistiques officielles, a amorcé la formulation des objectifs et des engagements pour 2013-2018. L'une des interventions considérées comme souhaitable consiste à consulter les Québécois d'expression anglaise sur leur expérience d'accès aux soins de santé et de services sociaux en anglais au cours des dernières années. Pour dresser un portrait de cette expérience, Santé Canada a demandé au Quebec Community Groups Network (QCGN) de mener une consultation auprès des Québécois d'expression anglaise.

Au Québec, les soins de santé et les services sociaux, tant en anglais qu'en français, sont prodigués par les établissements publics et des professionnels dûment autorisés. Le droit aux services en anglais a beau être garanti par la loi, il n'est pas pour autant universel. Il dépend des plans d'accès régionaux approuvés par le gouvernement, et des compétences linguistiques des professionnels.

Comme le système québécois relève du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), un document d'étude a été présenté audit MSSS aux fins de lui demander son avis. Cet avis, qui a été pris en compte dans la version finale du rapport, est présenté dans les annexes.

La consultation

Le QCGN a engagé une équipe de consultants qui ont conçu un projet destiné à sonder un échantillon de Québécois d'expression anglaise sélectionné parmi les divers contextes (secteur urbain ou semi-urbain, région ou région éloignée) dans lesquels ils vivent et font appel à des services sociaux ou à des soins de santé. Dans le cadre de 32 groupes de consultation organisés dans 16 collectivités réparties parmi six régions de la province, 222 Québécois d'expression anglaise ont été entendus. Les organisateurs ont veillé à inclure des membres des Premières Nations d'expression anglaise et des communautés culturelles. À cette source d'information s'ajoutait l'opinion de 34 informateurs clés issus de 11 collectivités de huit régions. Un informateur clé est un membre d'une collectivité d'expression anglaise qui, en raison de son travail ou de ses activités de bénévole, a un aperçu des expériences des membres d'expression anglaise de sa collectivité quant à l'accès aux soins de santé et aux services sociaux.

Le rapport

Le rapport s'est inspiré des commentaires formulés par les participants du groupe de consultation et par les informateurs clés. L'information pertinente des sondages CROP menés

en 2005 et 2010 par le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS) y a été ajoutée, et elle est désignée dans le texte sous le nom de « sondages». Ces sondages posaient à des échantillons représentatifs de Québécois d'expression anglaise et française des questions sur leurs expériences d'accès aux soins de santé et aux services sociaux. Certains renseignements pertinents sur la situation démographique de la population d'expression anglaise ont également été intégrés dans le rapport pour situer le contexte.

Il en résulte un ensemble substantiel d'information sur l'expérience de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux en anglais. La consultation a permis de dégager un aperçu de « ce qui marche », soit des aspects du système de santé et de services sociaux qui suscitent une grande satisfaction chez les participants à la consultation. Elle a également fourni de l'information détaillée sur les expériences au sein du système de services qui n'ont rien à voir avec la langue employée pour demander le service, ainsi que sur ce qui s'est passé lorsque les participants ont demandé à être servis en anglais. Comme l'accès aux services comporte divers types d'obstacles, en général et en anglais, les participants ont également décrit la façon dont certains obstacles sont surmontés. Ces entretiens ont permis de cerner les priorités précises telles qu'exprimées par les participants. À partir des données et de l'analyse, il a été possible de définir des domaines généraux prioritaires d'intervention pour l'avenir.

Les citations des participants servent à donner une idée de ce qui a été entendu. Toutefois, les personnes qui figurent sur les photos présentées dans le rapport n'étaient pas des participants à la consultation.

Contexte démographique

- La population d'expression anglaise du Québec est concentrée dans les régions de Montréal-Laval, et elle est plus dispersée ailleurs;
- les collectivités d'expression anglaise à l'extérieur de Montréal-Laval comptent généralement un plus grand nombre de personnes âgées;
- la migration d'entrée se produit à un taux plus élevé parmi la population d'expression anglaise;
- la migration de sortie de la population anglophone a tendance à se produire parmi les tranches de population dont le revenu et l'instruction sont d'un niveau plus élevé;
- la population d'expression anglaise est assez diversifiée sur le plan ethno-culturel;
- le rendement scolaire des Québécois d'expression anglaise a baissé;
- la faiblesse du revenu et un taux de chômage plus élevé sont aujourd'hui plus prédominants parmi la population d'expression anglaise que française;
- le revenu et l'éducation sont connus comme étant liés à l'état de santé général des personnes et des collectivités, et comptent parmi les facteurs correspondant à un moins bon état de santé et aux besoins de services.

« Ce qui marche ? »

Voici les éléments « qui marchent » et qui ont été signalés dans les rapports des participants :

- la portée et la disponibilité de la plupart des programmes de vaccination et de dépistage;
- de nombreux rapports sur les établissements qui répondent bien à la demande de services en anglais;
- le niveau élevé de bilinguisme des médecins, dentistes, pharmaciens et ophtalmologistes;
- l'utilité d'Info-Santé lorsque ce service n'est pas perçu comme un élément d'irritation.
- la compétence et le bilinguisme relatifs dont font preuve les infirmières praticiennes;
- la valeur accordée aux services offerts par les pharmacies;
- reconnaissance de la qualité générale et de la compétence technique des services;
- l'utilité de l'internet comme source d'information médicale;

Accès aux services en général

Les participants ont ensuite décrit les problèmes d'accès qui ne sont pas propres à la langue :

- les délais d'attente pour la plupart des services sont longs;
- les usagers du système doivent parfois assumer des dépenses personnelles supplémentaires liées aux services de diagnostic, à certains services de traitement et à des médicaments. Les régimes d'assurance, pour ceux qui en bénéficient, ne couvrent pas l'ensemble des dépenses;
- les usagers du système s'inquiètent du personnel qui y travaille, à cause des fortes pressions que les services exercent sur eux, des limites du soutien au personnel, et de l'impression que donnent les jeunes professionnels qui rentrent dans le réseau de ne pas être aussi dévoués à leur tâche;
- les programmes de prévention et de santé publique sont assez bien implantés partout au Québec, quoique moins pour les résidents des Premières Nations;
- un grand nombre de Québécois n'ont pas de médecin de famille;
- ceux qui ont un médecin de famille doivent souvent attendre un mois ou plus pour avoir un rendez-vous, et les médecins de famille ne sont donc généralement pas accessibles en cas d'urgence ou de maladies qui exigent une attention immédiate;
- les personnes qui ont des besoins immédiats de soins de santé font appel aux services, parfois dans les salles d'urgence, mais plus souvent dans les cliniques. Comme ces cliniques sont surchargées de demandes, elles rationnent leurs services. Il y a un risque inhérent de discontinuité du service dans ces cliniques si le patient n'a pas de médecin de famille;

- Info-Santé est universellement accessible, mais les délais d'attente sont parfois très longs, et le conseil de se rendre à une salle d'urgence est parfois source de frustration si la personne qui appelle espérait ainsi éviter cette visite;
- les services qui répondent aux besoins du vieillissement et de la perte d'autonomie sont en très forte demande et ne sont pas toujours faciles à obtenir;
- en général, les personnes âgées ont tendance à vouloir rester chez elles, sont réticentes à l'idée de laisser des étrangers les aider et minimisent leurs besoins;
- les aidants naturels assument un lourd fardeau avec un soutien limité pour trouver le temps nécessaire et pour assumer le stress lié aux besoins médicaux et psychosociaux des membres de leur famille;
- les jeunes qui ont des besoins spéciaux (ex. : enfants souffrant de déficience intellectuelle et de retard de développement, jeunes en crise) font face à de longs délais d'attente pour être évalués et pour recevoir des services, ce qui risque parfois de compromettre leur développement futur;
- leurs parents se heurtent aussi à des problèmes dus à l'isolement et au manque de soutien social pour assumer les effets des soins qu'ils doivent prodiguer à des enfants qui ont des besoins aussi marqués, et les perspectives à long terme sont plutôt sombres à la fois pour les parents et l'enfant;
- l'accès aux services liés aux toxicomanies et aux dépendances est limité, surtout plus on s'éloigne des centres urbains;
- il en va de même de l'accès aux services de santé mentale;
- l'accès aux services spécialisés est synonyme de déplacements et de délais d'attente importants si quelqu'un vit en dehors des régions urbaines, et sous-entend parfois des dépenses personnelles et de voyage considérables pour les populations des régions rurales et éloignées;
- il en va de même pour les services liés à la toxicomanie et aux dépendances;
- l'accès aux services de santé mentale est limité, surtout lorsqu'on s'éloigne des centres urbains.

Accès aux services en anglais

Les sondages ont révélé que les Québécois d'expression anglaise et française recourent aux services de la même manière, à trois exceptions près : les jeunes patients d'expression anglaise séjournent moins à l'hôpital; la population anglophone en général recourent moins aux salles d'urgence, et beaucoup moins à Info-Santé.

Lorsque les participants ont parlé des problèmes liés à l'accès aux services en anglais, ils ont indiqué ce qui suit :

- les programmes de prévention et de santé publique sont très répandus, mais rarement assortis de documentation en anglais ou offerts par du personnel bilingue;

- en général, il est plus probable que les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les ophtalmologistes soient bilingues, mais cela est moins fréquent chez les infirmières et chez d'autres professionnels, et encore moins chez d'autres membres du personnel des établissements et cliniques médicales de première ligne;
- obtenir du service en anglais auprès d'Info-Santé produit des résultats variables, qui peuvent être très satisfaisants ou, au contraire, comporter de très longues attentes, et l'on se heurte même parfois à la demande formulée par Info-Santé de rappeler plus tard lorsqu'une personne bilingue sera disponible;
- les problèmes mentionnés ci-dessus quant aux services répondant aux besoins du vieillissement et de la perte d'autonomie s'amplifient lorsque le service est demandé en anglais, surtout dans les régions semi-urbaines et rurales ou éloignées;
- les aidants naturels d'expression anglaise qui s'occupent de personnes âgées sont moins présents dans les régions rurales et éloignées à cause de la migration de sortie; les aidants naturels qui décident de rester au Québec connaissent un plus grand isolement;
- les problèmes mentionnés ci-dessus quant à l'accès aux soins pour les jeunes ayant des besoins spéciaux (ex. : déficience intellectuelle et retard de développement; jeunes en difficulté) se compliquent également lorsque le service est demandé en anglais, ce service n'étant parfois pas du tout disponible dans les régions semi-urbaines et rurales ou éloignées par manque de professionnels bilingues;
- cet état de choses alourdit le fardeau qui pèse sur les parents ayant des enfants avec des besoins spéciaux;
- en dehors des régions urbaines, les services liés à la toxicomanie et aux dépendances sont parfois assez rares, voire tout à fait inexistants;
- le renvoi à Montréal pour des services liés à la toxicomanie et aux dépendances est une possibilité, mais le suivi dans la région de résidence est limité, voire inexistant;
- il en va de même pour les services de santé mentale en anglais qui sont également limités, voire tout à fait inexistants en dehors des régions urbaines;
- les services médicaux spécialisés sont offerts par des médecins relativement bilingues, mais les établissements ou cliniques où ils exercent sont parfois beaucoup moins bilingues;
- lorsqu'il faut en plus se rendre dans une autre ville surtout francophone, l'accès aux services spécialisés peut s'avérer une expérience redoutable pour la personne d'expression anglaise qui ne maîtrise pour ainsi dire pas le français;
- les groupes de soutien pour certaines maladies et états de santé sont moins disponibles en anglais qu'en français;
- les participants à la consultation ont dit qu'il était très important pour eux d'obtenir des services en anglais, à la fois pour obtenir de l'information exacte et pour réduire le stress;
- l'information sur l'endroit où il est possible d'avoir accès aux services en anglais n'est ni organisée, ni centralisée, et dépend dans une certaine mesure du bouche à oreille;

- l'expérience auprès des établissements est très diversifiée, et va d'un très bon accès aux services en anglais à un accès très difficile parfois frustrant;
- même lorsque le service est offert en anglais, la documentation existe rarement en anglais, et les formulaires de consentement en anglais ne sont pas souvent disponibles;
- la disponibilité des services en anglais varie beaucoup au sein de chaque région, même à Montréal ou dans le même établissement;
- les Premières Nations d'expression anglaise font face à une situation particulièrement complexe quant à l'interaction des systèmes de services financés par Santé Canada et par le Québec, et quant aux problèmes de racisme et d'exclusion qui sévissent encore très fortement dans un grand nombre de communautés;
- ceux qui tentent de recourir au système de services en anglais et qui y tiennent vraiment ont souvent l'impression qu'ils n'ont en fait accès qu'à un système de services plus restreint que celui qui est offert à leurs homologues d'expression française, même si ce dernier système comporte également des limites;
- certains usagers du système de soins de santé et de services sociaux entrent en contact avec d'autres systèmes de services gouvernementaux (ex. : justice, police, emploi, bien-être social) où l'accès à l'information et aux services en anglais est bien inférieur à celui qui est offert dans le réseau de santé et de services sociaux;
- les personnes d'expression anglaise ont l'impression que leurs concitoyens se heurtent à un barrage plus élevé dans l'accès à l'emploi au sein du réseau que leurs homologues d'expression française, parce que le bilinguisme est exigé chez les candidats d'expression anglaise;
- les populations des Premières Nations ont l'impression que la barre est encore plus haute pour les membres de leur communauté.

Surmonter les obstacles à l'accès

Les participants ont décrit plusieurs stratégies pour surmonter les obstacles d'accès aux soins et d'accès aux soins en anglais :

- Se déplacer pour obtenir des soins, ce qui pourrait se produire pour plusieurs raisons :
  - certains déplacements sont obligatoires parce que le service n'est pas disponible sur place;
  - certains déplacements sont facultatifs et choisis pour obtenir le service en anglais;
  - certains déplacements sont facultatifs et choisis pour éviter une attente plus longue.
- Traverser la frontière provinciale pour obtenir des services dans une province voisine, ce qui comporte à la fois des avantages et des complications :
  - l'accès aux services en anglais est assuré dans une province voisine;
  - une certaine forme de déplacement s'impose;

  - la plupart des services à l'extérieur de la province exigent une certaine forme de paiement;
  - le système de remboursement du Québec est parfois complexe et irritant;
  - le remboursement est encore plus complexe pour les populations des Premières Nations.
  - Utilisation de l'internet :
  - selon les participants, l'internet est utilisé davantage pour obtenir de l'information médicale en anglais que pour trouver un accès aux services en anglais.
- Rechercher des services en français.
- Obtenir l'accès aux services par un moyen détourné, si l'on connaît des personnes qui travaillent dans le réseau de services.
- Demander des soins privés, ce qui peut parfois se produire pour plusieurs raisons :
  - pour éviter une longue attente;
  - pour obtenir ce qui est perçu comme des soins de meilleure qualité;
  - pour obtenir le service en anglais.
- Demander l'aide d'un organisme communautaire.

Priorités des participants

On a demandé aux participants quelles étaient leurs priorités pour les soins de santé et les services sociaux. Leurs réponses étaient souvent influencées par les circonstances de leur vie ou celles des membres de leur famille. Voici ce qu'ils ont mentionné :

- plusieurs suggestions visant à améliorer l'accès aux services pour l'ensemble de la population, telles qu'un plus grand nombre de médecins, des heures d'ouverture plus longues des cliniques et plus de prévention;
- les populations des Premières Nations ont des préoccupations très précises qui découlent de la plus grande acuité de certaines maladies et de certains problèmes sociaux au sein de leur communauté;
- en ce qui concerne les soins aux personnes âgées :
  - améliorer les services directs et les initiatives favorables au bien-être;
  - intensifier le niveau de soins offerts à domicile;
  - accroître le soutien aux aidants naturels;
- améliorer le bilinguisme des professionnels et des employés dans les établissements et les cliniques;
- organiser un soutien social en anglais dans les villes où les personnes d'expression anglaise doivent se rendre pour recevoir des services spécialisés;

- réclamer, à titre individuel et collectif, l'amélioration de l'accès aux services en anglais.

Priorités d'intervention dans l'avenir

L'analyse des commentaires des participants de la consultation a permis de dégager cinq domaines généraux prioritaires d'intervention pour l'avenir :

Adaptation des ressources humaines :

- La disponibilité des soins de santé et des services sociaux en anglais dépend avant tout de la capacité du personnel professionnel et des employés du réseau d'utiliser l'anglais et du succès des efforts de soutien à la formation linguistique, ainsi que du recrutement constant et de la rétention du personnel bilingue.

Adaptation des services locaux aux besoins locaux :

- Les difficultés d'accès aux services en anglais varient grandement d'une région ou d'une localité à une autre. Les organes de coordination régionaux – les Agences – ont besoin de plus de latitude et de ressources pour appuyer l'adaptation des services à l'échelle locale aux fins d'accroître l'accès en anglais. Ainsi, ils pourraient répondre à des besoins régionaux particulièrement pressants tels que : une meilleure intégration des deux systèmes de santé (fédéral et provincial) offerts aux populations des Premières Nations, les très longs délais d'attente dont certains services font l'objet, et les lacunes ou l'absence complète de certains services en anglais, qu'il s'agisse de services de première ligne ou de services spécialisés.

Disponibilité de l'information sur les services en anglais :

- Un besoin pressant se fait sentir de centraliser et de diffuser très largement de l'information à jour sur l'endroit où les services sont accessibles en anglais. En 2011, ceci se faisait souvent par le bouche à oreille parmi les populations d'expression anglaise et chez ceux qui leur offrent des services.

Création d'une base de connaissance continue sur les populations d'expression anglaise et sur leur utilisation du système de santé et de services sociaux :

- Il n'existe aucune source centrale d'information bien documentée et à jour sur les besoins en soins de santé et en services sociaux des populations d'expression anglaise, ni sur la façon dont elles utilisent le système de services et les résultats de cette utilisation. Ceci mécontente à la fois les planificateurs et les défenseurs des droits de ces populations.

Participation de la collectivité :

- La présence d'organismes communautaires est un élément important de l'amélioration de l'accès aux services en anglais. Les organismes communautaires jouent un rôle utile dans leur capacité de défendre les droits des personnes et comme source d'aide pour le réseau. Certaines campagnes de prévention peuvent accroître leur efficacité par la voie des organismes communautaires. Ces organismes sont source d'aide et de conseils précieux

pour les planificateurs, et s'avèrent parfois une source de bénévoles qui peuvent faciliter l'accès. Ils peuvent également soutenir les membres de la collectivité qui essayent de se faire nommer au conseil d'administration des établissements, fonction qui constitue une occasion non négligeable pour la communauté d'expression anglaise de participer à la gouvernance des établissements et du système. L'existence de soutien infrastructurel aux organismes communautaires est la clé de leur existence et de leur subsistance.

Avis du MSSS sur le document de travail

- Avant de se prononcer sur le document de travail, le MSSS a demandé l'avis de ses instances régionales, des agences et des deux paliers des comités consultatifs où les représentants des communautés d'expression anglaise ont leur mot à dire dans les plans d'accès régionaux. Il a également étudié les priorités spécifiques et générales, en les comparant au Plan stratégique du MSSS pour 2010-2015.
- Le MSSS a indiqué que les commentaires des participants cadrent bien avec son Plan stratégique, tout comme quatre des cinq domaines prioritaires généraux. Quant au cinquième, la création d'une base de connaissances sur la population d'expression anglaise et son utilisation dans le système de santé et de services sociaux, le MSSS a exprimé des réserves et la volonté d'étudier cette question plus à fond.
- L'avis du MSSS est très favorable au renouvellement et à l'amélioration du Programme de contribution pour les langues officielles en santé, supervisé par Santé Canada.
- L'avis du MSSS comportait d'autres commentaires qui se sont avérés utiles dans la préparation de la version finale du rapport, et qui ont également permis de révéler les nombreux liens qui unissent les cinq domaines prioritaires généraux et les six priorités du Plan stratégique du MSSS, ainsi que les deux priorités essentielles de l'entente Canada-Québec qui a pour objet premier d'appuyer l'accès aux soins de santé et aux services sociaux en anglais.

Conclusion

La consultation d'un échantillon de Québécois d'expression anglaise, les résultats des sondages et la consultation du MSSS ont été source d'information portant sur le Québec qui contribue à cerner les priorités relatives à l'amélioration de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux en anglais au Québec. Elle contribue ainsi utilement au renouveau du Programme de contribution pour les langues officielles en santé de Santé Canada.

1. Introduction

1.1 Contexte des politiques sociales

En 2003, le gouvernement du Canada a lancé le *Plan d'action pour les langues officielles,* par lequel il s'engageait à renforcer la vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire, y compris des collectivités d'expression anglaise du Québec. Un investissement de 30,1 millions de dollars réparti sur cinq ans et fourni par la voie de Santé Canada a soutenu les mesures destinées au système de santé et de services sociaux du Québec et aux collectivités d'expression anglaise pour améliorer l'accès aux services en anglais. La réussite du premier plan d'action a donné lieu à la création d'un deuxième programme fédéral annoncé en 2008. *La Feuille de route pour la dualité linguistique canadienne* s'est engagée à verser 43,5 millions de dollars jusqu'à 2013 par la voie de Santé Canada pour appuyer les initiatives du Québec visant à continuer d'améliorer l'accès aux services en anglais.

La contribution de Santé Canada sert à appuyer un vaste éventail de projets mis en œuvre par la voie d'une entente entre les organismes communautaires désignés et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec. Cet accord garantit que les investissements sont intégrés dans les collectivités d'expression anglaise et le système de santé et de services sociaux d'une manière qui cadre avec la responsabilité du Québec de planifier, d'organiser et de fournir des soins de santé et des services sociaux.

Aux fins de déterminer les priorités en matière de santé des Québécois d'expression anglaise pour la période 2013-2018, le Quebec Community Groups Network (QCGN) a été invité par Santé Canada à mener une série de consultations dans certaines collectivités d'expression anglaise entre l'hiver et l'été de 2011. Les membres des collectivités et des réseaux communautaires d'expression anglaise ont été invités à y participer.

1.2 Contexte législatif de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux en anglais

Au Québec, la plupart des soins de santé et des services sociaux sont prodigués par des établissements financés par le secteur public mandatés par le MSSS, et par des professionnels en pratique privée, rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) ou par leurs patients ou clients.

L'ensemble du système est réglementé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Cette Loi garantit aux personnes d'expression anglaise l'accès aux soins de santé et aux services sociaux en anglais. Toutefois, cette garantie n'est pas universelle; elle est soumise à plusieurs articles de ladite Loi :

- l'article 15 définit la garantit et la rattache au contenu des programmes d'accès régionaux;
- l'article 348 exige que chaque agence régionale (organe régional de coordination) élabore un programme d'accès régional de concert avec les établissements de la région;

- l'article 510 exige que chaque agence crée un comité régional d'accès pour le conseiller sur l'évaluation, la modification et l'adoption de son programme d'accès;
- l'article 509 exige que le gouvernement crée un comité provincial pour le conseiller sur la prestation de soins de santé et de services sociaux en anglais et sur l'approbation des programmes d'accès régionaux;
- l'article 508 prévoit que certains établissements peuvent être tenus de rendre leurs services accessibles en anglais.

Au total, 42 des quelque 200 établissements publics du Québec ont été tenus par un arrêté de rendre leurs services disponibles en anglais (ainsi qu'en français). La plupart de ces établissements, situés à Montréal ou dans les environs, étaient traditionnellement identifiés aux communautés d'expression anglaise. Les autres établissements, au nombre de 160 environ, desservent surtout une clientèle d'expression française. Pour qu'un programme d'accès régional soit aussi complet que possible, un grand nombre de ces autres établissements sont tenus de contribuer, et proposent d'ailleurs de le faire, en offrant certains et même parfois l'ensemble de leurs services en anglais. Leur aptitude à le faire dépend des capacités des membres de leur personnel, qui parlent français, d'offrir des services en anglais. Ce mode de fonctionnement explique comme il peut arriver, d'après les commentaires de certains participants de la consultation, que des personnes d'expression anglaise puissent entrer en contact avec le personnel ou des programmes d'établissements qui ne peuvent pas toujours leur offrir le service en anglais et qui ne sont pas tenus de le faire s'ils ne sont pas désignés dans un programme d'accès.

Lorsqu'un programme d'accès est complet, il désigne les établissements tenus d'offrir tous leurs services en anglais, ainsi que les autres établissements où certains services sont censés être offerts en anglais. Dans certaines régions plus éloignées, le programme d'accès désigne, selon une entente, les établissements des autres régions où les patients doivent se rendre.

Les agences régionales doivent consulter leurs comités régionaux d'accès avant d'adopter leurs programmes d'accès. Ces programmes sont ensuite présentés au gouvernement, accompagnés d'une recommandation officielle du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en anglais. Chaque programme d'accès régional, qui doit être approuvé par un arrêté ministériel, est révisé tous les trois ans. La garantie énoncée à l'article 15 de la Loi n'est pas universelle; elle dépend de ce qui est désigné dans les programmes d'accès.

Chaque professionnel est régi par son ordre professionnel. Pour en être membre, il ou elle doit entre autres faire preuve de sa capacité d'offrir des services en français. Les membres d'un ordre professionnel ne sont pas tenus de fournir leurs services en anglais. Leur décision de le faire dépend généralement de leurs capacités linguistiques.

1.3 La Charte de la langue française et l'accès aux soins de santé et aux services sociaux en anglais

Les établissements publics sont assujettis aux dispositions de la Charte de la langue française. Une disposition fondamentale de ladite Charte garantit que le français est la langue officielle de la province, ainsi que la langue de travail. Tous les établissements publics doivent respecter ces dispositions, y compris celles qui sont tenues d'offrir leurs services en anglais. Ces 42 établissements ont une autorisation spéciale de l'Office québécois de la langue française d'employer l'anglais en plus du français dans leurs activités et services internes, dans certaines de leurs communications, ainsi que dans l'affichage à l'intérieur de leurs édifices. Pour obtenir cette autorisation, ces établissements doivent démontrer que plus de 50 p. 100 de leurs clients emploient l'anglais.

Les quelque 160 autres établissements n'ont pas cette autorisation et ne peuvent utiliser quelque affichage que ce soit dans une langue autre que le français, même si le programme régional d'accès désigne certains de leurs services comme étant accessibles en anglais. Ceci explique pourquoi, comme certains participants de la consultation l'ont signalé, les personnes d'expression anglaise qui demandent des services dans ces établissements ou qui y ont été envoyés trouveront des affiches en français sans traduction anglaise.

Ce ne sont pas toutes les personnes d'expression anglaise qui comprennent ou acceptent les dispositions détaillées qui régissent les programmes d'accès ou l'affichage, comme certains de leurs commentaires le laissent entendre. Néanmoins, ces détails sont le reflet d'une entente politique et législative sur la façon d'offrir les services en anglais qui existe depuis une vingtaine d'années.

2. Méthode de consultation

2.1 Aperçu

Le ministère de la Santé du Canada a indiqué au QCGN qu'il espérait recevoir un document qui présenterait les perspectives de Québécois d'expression anglaise sur leur recherche de soins de santé et de services sociaux en anglais.

Le QCGN a engagé une équipe de consultants pour mener cette initiative[1] qui, de manière générale, consistait en deux phases : consultation des Québécois d'expression anglaise et

[1] Membres de l'équipe et leurs fonctions respectives : Michael Udy : coordonnateur de l'équipe, analyste principal et auteur du rapport; Natalie Kishchuk : méthodologiste et intervieweuse principale, analyste et coauteure du rapport; Kelly Howarth : directrice principale des communications et de la logistique, intervieweuse, analyste, coauteure du rapport et réviseure linguistique; Joanne Pocock : analyste des sondages sur la vitalité des communautés du RCSSS-CROP, et coauteure du rapport.

synthèse de leurs points de vue, puis consultation auprès du système de santé québécois par la voie du MSSS, à partir de la synthèse de la première phase.

Au cours de la première phase, les consultants ont sondé la population, les représentants des réseaux communautaires, entre autres dirigeants des communautés. À l'aide d'une stratégie de recherche qualitative décrite de manière plus détaillée ci-dessous, la consultation était structurée de façon à refléter la diversité géographique, démographique et culturelle des communautés d'expression anglaise, et tenait compte des diverses raisons pour lesquelles les participants recherchaient des soins de santé ou des services sociaux en anglais à divers moments de leur vie.

L'équipe de consultation a décidé d'intégrer dans cette phase les résultats pertinents des sondages commandés par le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS) en 2005, puis de nouveau en 2010, connus sous le nom d'Enquêtes sur la vitalité des communautés du RCSSS-CROP (ci-après désignés sous le nom de « sondages »). Ces sondages consistaient à recueillir l'opinion, les perceptions et les expériences d'un échantillon représentatif de Québécois d'expression anglaise dans chaque région du Québec quant à divers champs d'intérêt, notamment : santé et services sociaux, éducation, perfectionnement de la main-d'œuvre, culture et communications. Les réponses aux sondages viennent enrichir le contexte et nuancer les expériences décrites par les membres des groupes de consultation, ainsi que les commentaires des informateurs clés. Un petit nombre d'autres sources d'information ont également été mentionnées et sont signalées dans le texte.

La première phase de la consultation a abouti à la production d'un document d'étude qui synthétise les résultats des consultations et des sondages, et qui analyse les priorités en matière de santé et de services sociaux. Au cours de la deuxième phase, ce document d'étude a été présenté au MSSS, qui a ensuite entrepris une consultation au sein du système québécois de santé et de services sociaux. La conception de la consultation du MSSS et l'avis sur le document d'étude qui en est ressortie sont présentées dans la section 8.

2.2 Méthode de sollicitation du point de vue des Québécois d'expression anglaise

En réponse à la demande de Santé Canada de sonder l'opinion des Québécois d'expression anglaise sur leurs besoins et priorités en matière de soins de santé et de services sociaux au cours des cinq prochaines années, une stratégie de recherche qualitative a été adoptée. Deux méthodes principales ont été appliquées : groupes de consultation et entrevues, tous deux menés soit en personne, soit au téléphone. Les consultations se sont échelonnées sur sept mois, de février à août 2011.

Dans le cadre des groupes de consultation, on a demandé aux Québécois d'expression anglaise de participer à titre de citoyens et d'utilisateurs de services, en parlant de leurs expériences personnelles et de celles de leur famille. Dans le cadre des entrevues individuelles et collectives, on a demandé aux personnes qui jouent un rôle de chef de file dans leur collectivité de parler non pas de leurs expériences personnelles mais de celles de leur collectivité. Cette formule comptait toutefois quelques exceptions mineures, lorsque certaines personnes qui ne pouvaient

participer aux groupes de consultation ont fait l'objet d'une entrevue personnelle. Les organisateurs des groupes de consultation avaient toute latitude d'inclure des participants qui étaient des employés du réseau du MSSS mais, en fait, aucun des participants ne travaillait dans ce réseau.

La stratégie de consultation était conçue de manière à pouvoir cerner les besoins et priorités tout au long de la vie, et ce, pour tous les types de problèmes et soucis de santé éventuels, et dans toutes les régions de la province. L'opinion des personnes ayant de jeunes enfants avec ou sans besoins spéciaux a également été sollicitée, ainsi que celles des usagers des services sociaux tels que la réadaptation des alcooliques et des toxicomanes, les services de conseils familiaux et la protection de la jeunesse. La consultation tentait systématiquement d'inclure les Québécois d'expression anglaise issus de milieux culturels très variés, notamment les Premières nations et les minorités visibles.

Les instructions des consultants et la méthode appliquée par les organisateurs des groupes de consultation s'inspiraient d'une définition d'une personne d'expression anglaise cadrant avec celle qui figure dans les lignes directrices[2] du MSSS s'appliquant à la révision des programmes d'accès régionaux :

« La personne d'expression anglaise est celle qui, dans ses relations avec un établissement qui dispense des services de santé ou des services sociaux, se sent plus à l'aise d'exprimer ses besoins en langue anglaise et de recevoir les services dans cette langue. »

Il est à noter que certains Québécois d'expression anglaise choisissent ou acceptent la prestation de certains services ou de tous les services en français. Leurs commentaires sur leurs choix permettent de mieux comprendre encore la question globale de l'accès aux services en anglais.

Pour diverses raisons, rares étaient les personnes dont la première langue est le français et dont le contexte professionnel ou familial est anglophone qui ont participé à certains groupes de consultation. Leurs commentaires se sont avérés utiles, en permettant de comparer les expériences des deux groupes linguistiques.

3. Caractéristiques démographiques de la population d'expression anglaise du Québec

Avant de présenter les résultats des consultations, voici un éventail d'informations sur le profil démographique des collectivités d'expression anglaise du Québec aux fins de situer le contexte de la population parmi laquelle les participants aux consultations ont été sélectionnés.

L'information suivante est essentiellement tirée du Recensement de 2006 du Canada tel qu'indiqué dans le *Rapport de données de base* du RCSSS (2010) et des *Profils socioéconomiques* du RCSSS (2010), disponibles à l'adresse suivante : www.chssn.org. D'autres données sont tirées d'autres sources.

[2] http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-406-01A.pdf

3.1 Taille de la population et répartition géographique

Au Québec, la population d'expression anglaise, qui se chiffre au total à 994 720, constitue une communauté linguistique provinciale en situation minoritaire. Elle représente 13,4 % de l'ensemble de la population du Québec. La répartition de la population d'expression anglaise en situation minoritaire dans l'ensemble du territoire de la province est différente de celle de la majorité d'expression française. Selon le Recensement de 2006, 66,8 % de la population d'expression anglaise du Québec vit dans les régions urbaines de Montréal-Laval, par rapport à 23,1 % de l'ensemble de la population d'expression française. Contrairement à la population d'expression anglaise, la majorité de la population d'expression française (76,9 %) vit dans l'ensemble des régions extérieures à Montréal-Laval.

3.2 Répartition selon l'âge

La répartition de la population d'expression anglaise parmi toutes les catégories d'âge et la proportion selon laquelle les collectivités linguistiques majoritaire et minoritaire diffèrent quant à l'âge, peuvent avoir des répercussions à la fois sur les besoins et les ressources en matière de santé. Chaque étape de la vie a tendance à être associée à des besoins précis de santé et de services sociaux. La façon de respecter ces besoins en faisant appel à des services publics et aux familles dépend de l'âge et des compétences liées à l'âge de chaque groupe de population.

Les communautés de langue officielle du Canada, tant au Québec qu'à l'extérieur, se distinguent par une forte proportion d'aînés. À l'échelle de la province, la répartition selon l'âge des populations d'expression anglaise et française est similaire. Par exemple, le pourcentage d'aînés (65 ans et plus) est similaire pour les deux groupes, à raison d'environ 13 %. Toutefois, lorsqu'on examine ces groupes à l'échelle régionale, des variantes notables se manifestent entre les groupes linguistiques. Par exemple, en 2006, une proportion de 21,6 % de la population d'expression anglaise des Cantons de l'Est était âgée de 65 ans et plus. Ce chiffre est de 58 % plus élevé, en termes relatifs, que la proportion d'aînés dans la population d'expression française vivant dans la même région. En outre, dans la même région, la période de 2001 à 2006 a vu le nombre d'enfants de moins de 15 ans chuter de 6 593 à 5 808, soit un recul de 11,6 %[3].

3.3 Tendances concernant la mobilité et la diversité

La collectivité d'expression anglaise du Québec est composée d'une forte proportion de nouveaux arrivants de l'extérieur de la province du Québec et du Canada. Dans l'ensemble du Québec, 101 175 personnes d'expression anglaise sont arrivées de l'extérieur du Québec entre 2001 et 2006. En 2006, ce groupe d'immigrants représentait 10,7 % de la population d'expression anglaise par rapport à seulement 2,6 % du groupe d'expression française.

La migration de sortie parmi la population d'expression anglaise a entraîné une baisse de population pour de nombreuses collectivités régionales du Québec. Une étude des tendances de

[3] Floch, W. (2010). *The evolving demographic context of the Anglophone communities in the Eastern Townships*, présentation non publiée à l'Association des townshippers, Sherbrooke, Québec, mars 2010.

migration au cours des dernières années a révélé que « … l'écart entre ceux qui restent et ceux qui partent s'est considérablement creusé, au fur et à mesure que ceux qui partent sont beaucoup plus susceptibles que ceux qui restent de se situer dans la tranche de revenu élevé et moins susceptibles d'être dans la tranche de faible revenu que ceux qui restent[4] ». Contrairement à ceux qui partent, les personnes d'expression anglaise qui restent ont également affiché une moins forte tendance à avoir terminé leurs études secondaires.

Les tendances de mobilité ont créé un contexte démographique où les collectivités d'expression anglaise du Québec sont plus diversifiées sur le plan ethno-culturel que leurs homologues d'expression française et sont parmi les plus diversifiées parmi les communautés de langue officielle en situation minoritaire du Canada. Le Québec d'expression anglaise est composé d'une plus forte proportion de membres des minorités visibles, d'un plus fort pourcentage de personnes d'appartenance religieuse non chrétienne et d'un plus grand nombre de personnes nées à l'extérieur du Canada que les autres communautés de langue officielle en situation minoritaire au Canada[5]. Cette diversité est tout particulièrement évidente dans la région urbaine de Montréal.

3.4 Éducation

Au Québec, la population d'expression anglaise compte 373 040 personnes (15 ans et plus) dont le niveau d'études ne dépasse pas le diplôme d'études secondaires. Ce groupe représente 44,7 % de ce segment de la population d'expression anglaise. Autrefois, les collectivités d'expression anglaise du Québec se distinguaient par leur niveau élevé d'instruction. En 1971, la population d'expression anglaise du Québec avait un niveau d'instruction plus élevé que les autres Québécois et les autres Canadiens. En conséquence, les Québécois d'expression anglaise de 65 ans ou plus sont en moyenne plus instruits en quelque sorte que la population d'expression française de cette génération. Les statistiques provinciales de 2006 nous révèlent que le niveau de scolarisation plus élevé de la population d'expression anglaise est en train de diminuer et qu'il découle en grande partie du niveau élevé d'études du groupe démographique plus âgé. En d'autres termes, le groupe plus jeune d'expression anglaise ne pousse pas ses études aussi loin que ses prédécesseurs.

3.5 Revenu et activités de la population active

Le faible revenu et le taux élevé de chômage semblent de plus en plus manifestes parmi les collectivités d'expression anglaise du Québec, et ce, dans toutes les régions de la province. La proportion selon laquelle le groupe à faible revenu compte sur les ressources de l'État, le type de

---

[4] Floch, W. & Pocock, J. (2008). *Emerging trends in the socio-economic status of English-speaking Quebec : Those who left and those who stayed*, dans R.Y. Bourhis (réd.). *The Vitality of the English-speaking Communities of Quebec : From Community Decline to Revival*. Montréal : CEETUM, Université de Montréal, p. 59.

[5] Pocock, J. (2009). *Language, gender and generation : The social economy approach to health and the case of Estrie's English-speaking communities*. Thèse de doctorat non publiée : Ottawa, Université Carleton.

ressources et les tendances d'utilisation concernant l'accès à l'information sont différents du groupe à revenu élevé. Le groupe à faible revenu est généralement moins susceptible de bénéficier de régimes d'assurance ou d'assurance-maladie dans son milieu de travail, et ne peut généralement pas se permettre de payer les soins privés.

- Selon le Recensement de 2006, les personnes d'expression anglaise qui vivent en deçà du seuil de faible revenu (SFR) sont au nombre de 218 835, soit 22 % de l'ensemble de la population provinciale d'expression anglaise. Toutes proportions gardées, ils sont 38 % plus susceptibles de vivre sous le SFR que la population majoritaire francophone.
- Dans la région de Montréal, 172 690 personnes d'expression anglaise, soit 26 %, vivent sous le SFR, proportion plus élevée que le taux provincial des collectivités d'expression anglaise du Québec.
- 230 365 personnes d'expression anglaise (15 ans et plus), soit 27,6 % de l'ensemble de la population provinciale d'expression anglaise, ont un revenu annuel de moins de 10 000 dollars par ménage. En termes relatifs, la population d'expression anglaise est 18 % plus susceptible que la population d'expression française de vivre dans cette tranche de revenu.
- Selon le Recensement de 2006, les personnes d'expression anglaise sans emploi sont au nombre de 47 645 (15 ans et plus), soit 8,8 % de l'ensemble de la population provinciale d'expression anglaise. Comparativement à la population d'expression française, la population d'expression anglaise est 33 % plus susceptible d'être sans emploi.

3.6 Sommaire

Les caractéristiques démographiques de la population d'expression anglaise du Québec sont différentes de celles de la majorité linguistique avec laquelle ils partagent le territoire de la province, et d'autres populations de langue officielle en situation minoritaire dans l'ensemble du Canada. La taille, les tendances d'immigration, le statut économique et la répartition selon l'âge de cette population comptent parmi certaines des caractéristiques démographiques qui déterminent ses besoins en soins de santé et en services sociaux. Par exemple, les besoins de services pour les aînés et leurs aidants naturels se font sentir et se feront sentir de manière plus aiguë parmi les collectivités d'expression anglaise, surtout dans les régions rurales et éloignées. Parmi ces caractéristiques, les plus notables sont sans doute le faible revenu et l'éducation, comme le soulignent Santé Canada et des organisations sociosanitaires du monde entier, car ces conditions ont une influence marquante sur la santé générale des personnes et des collectivités[6].

---

[6] Santé Canada cite 12 déterminants de la santé qui se sont avérés avoir une forte influence sur l'état de santé d'une population. Le revenu et l'éducation se classent parmi les plus marquants. Pour une analyse plus poussée, voir Raphael, D. (réd.) (2008). *Social Determinants of Health : Canadian Perspectives. Toronto : Canadian Scholar's Press*. Voir aussi OMS, site Web des déterminants sociaux de la santé : http ://www.who.int/social_determinants/fr/ .

Certaines études ont confirmé que les barrières linguistiques portent atteinte à l'accès et à la qualité des soins destinés à toute communauté linguistique en situation minoritaire. Les obstacles à la communication comportent les risques suivants : restreindre le recours à des services de prévention, prolonger la durée de la consultation et multiplier le nombre d'examens et la possibilité d'erreurs de diagnostic et de traitement, porter atteinte à la qualité des services exigeant une communication efficace, tels que les services sociaux, et réduire la probabilité de l'observance du traitement et la satisfaction des usagers quant aux services reçus[7].

4. Observations

4.1 Remarques concernant la présentation des observations

4.1.1 Non-identification des régions, d'organisations ou de personnes spécifiques

Les intervieweurs ont entendu de nombreuses remarques précises sur des établissements, des organismes et parfois même des personnes qui jouaient un rôle dans le système de soins de santé et de services sociaux du Québec. Même si certaines parties de cette section permettront au lecteur d'identifier le secteur mentionné (ex. : régions proches des provinces voisines ou identification explicite de Montréal), le texte n'identifie pas autrement de régions, d'établissements ou de personnes précises, si ce n'est pour mentionner la catégorie de la région, telle qu'urbaine, semi-urbaine, rurale ou éloignée. La consultation n'était pas conçue, et elle n'avait guère plus de mandat à cette fin, pour produire une carte de rapports sur les régions, établissements ou populations spécifiques. Les opinions sont regroupées dans la mesure du possible pour présenter un aperçu de la situation.

Les données des sondages identifient les régions, puisque ces sondages étaient conçus à cette fin et que ces observations ont déjà été publiées.

4.1.2 Sélection des résultats des groupes de consultation

Cette étude a recouru à une méthode essentiellement qualitative, assortie de résultats quantitatifs d'un sondage représentatif. Les résultats rapportés comprennent tous ceux qui ont été considérés par les trois analystes comme étant importants sur le plan qualitatif. Dans certains cas, c'est en raison de la fréquence à laquelle les résultats ont été mentionnés, et dans d'autres parce qu'ils reflétaient des points de vue qui sont importants mais pas facilement entendus. Par exemple, les conjoints ou aidants naturels de personnes âgées souffrant de

---

[7] Bowen, S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Ottawa : Santé Canada. Voir également Jacobs, E. et A. Chen, L. Karliner, N. Agger-Gupta & S. Mutha. (2006). "The Need for More Research on Language Barriers in Health Care : A Proposed Research Agenda". *The Millbank Quarterly*, vol. 84, n° 1, p. 111-133.

démence, qui sont isolés socialement et qui n'ont jamais recouru aux services d'un Centre local de services communautaires ou d'un Centre de santé et des services sociaux (CLSC ou CSSS). Les données de la consultation sont présentées aussi fidèlement que possible, avec peu de commentaires supplémentaires.

4.1.3 Commentaires des informateurs clés et résultats des sondages

Le contenu de la section traitant des observations est issu des entretiens. Vient s'y ajouter l'information d'autres sources, définies dans le texte. À des fins de clarté, les résultats des groupes de consultation et des entretiens avec les informateurs clés sont toujours présentés en premier. Lorsqu'il y a des résultats des sondages qui ajoutent de l'information, des idées ou un autre point de vue sur le même sujet, ils sont ajoutés dans une section qui a pour titre « D'après les sondages ». Les citations textuelles des participants apparaissent dans l'ensemble du texte pour détailler davantage leurs expériences. Les personnes figurant sur les photos utilisées dans le rapport n'ont pas participé à la consultation.

4.1.4 Références aux neuf programmes-services du MSSS

Le MSSS du Québec a défini ses neuf catégories générales de programmes-services pour orienter son personnel dans les services offerts à la population. Le titre des programmes-services et les liens aux programmes figurent dans le texte s'il y a lieu. Les neuf programmes-services se résument comme suit :

- Deux d'entre eux visent l'ensemble de la population :
  1. Santé publique et prévention
  2. Services médicaux et sociaux généraux de première ligne
- Sept d'entre eux visaient des problèmes précis :
  1. Perte d'autonomie liée au vieillissement
  2. Déficience physique
  3. Déficience physique et retard de développement
  4. Jeunes en difficulté
  5. Problèmes de dépendance
  6. Santé mentale
  7. Services médicaux spécialisés

4.1.5 Analyse

L'analyse des données des entretiens et des sondages a permis de définir les domaines généraux prioritaires d'intervention dans l'avenir.

4.2 Perceptions de ce qui marche bien

Dans les questions posées aux participants des entretiens en vue de connaître leurs expériences, rien ne laissait sous-entendre qu'elles seraient négatives. Cette démarche a donné lieu à des commentaires dans lesquels les participants ont affirmé que, selon eux, le système de soins de santé et de services sociaux du Québec comporte plusieurs éléments positifs qui sont résumés ci-dessous.

4.2.1 Services de protection de la santé

Les participants se sont dits satisfaits de l'accès aux services de vaccination et de dépistage et à l'organisation de ces services. Les participants ont dit ne pas toujours recevoir le service ni la documentation en anglais. Toutefois, pour ce type de services, selon les commentaires des participants, l'existence du service en anglais est considérée comme beaucoup moins importante que pour d'autres types de services. Les participants ont l'impression que les bons vaccins sont donnés aux bonnes personnes au bon moment et que les programmes de dépistage sont bel et bien offerts.

4.2.2 Établissements et cliniques où les services offerts en anglais marchent bien

L'information fournie par les participants de la consultation démontre que ces établissements et cliniques existent bel et bien; leurs patients ou clients sont satisfaits et apprécient le service, et ceci ne se produit pas seulement sur l'île de Montréal où cette situation est prévisible. Pour les populations des communautés des Premières Nations d'expression anglaise, les cliniques et services financés par Santé Canada, par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ou par d'autres sources, et qui sont gérés par la communauté, sont aussi très appréciés quant à l'éventail de services que ces cliniques peuvent offrir.

4.2.3 Info-Santé

Il semble que les participants ont eu soit des expériences tout à fait positives, soit tout à fait négatives avec Info-Santé. Ces réponses sont présentées en détail ci-dessous. Pour les usagers qui signalent une expérience positive avec Info-Santé, ils considèrent ce service comme un point fort du système.

4.2.4 Bilinguisme des médecins, dentistes, pharmaciens et ophtalmologistes

Les participants ont fréquemment mentionné qu'une fois qu'ils ont réussi à entrer dans le cabinet ou l'officine – dans le cas des pharmaciens – de ces professionnels, ils ont constaté une forte probabilité que le professionnel puisse communiquer en anglais. Il y en a bien sûr qui ne le peuvent pas, mais rares sont ceux qui refusent de le faire même quand ils en sont capables. En général, la capacité linguistique de ce groupe est considérée comme un point fort du système quand il s'agit de l'existence de services en anglais.

4.2.5 Infirmières praticiennes

Tous les commentaires des participants qui ont rencontré une infirmière praticienne étaient enthousiastes et positifs, à la fois quant au type de services reçus et à la probabilité qu'ils puissent être donnés en anglais. Les participants ont exprimé le désir qu'un plus grand nombre de ces professionnels soit présent dans un éventail plus large de services.

J'aimerais voir des infirmières praticiennes pour des choses comme des points de suture qui engorgent la salle d'urgence.

– Participant d'une région semi-urbaine

4.2.6 Services offerts par les pharmaciens

Les commentaires formulés sur les pharmaciens, peu importe là où ils se trouvent, révèlent une haute appréciation des services et conseils reçus, de la personnalisation des soins et du fait que cela peut souvent se faire en anglais.

Certains pharmaciens offrent un programme qui consiste à faire venir une infirmière spécialisée dans certains problèmes médicaux (ex. : diabète, veines variqueuses) à des moments annoncés à l'avance. Cette pratique a été louée pour son utilité et il semble, selon les rapports des participants, que l'infirmière était souvent bilingue, peu importe la région.

4.2.7 Qualité des services fournis et compétence technique

Les définitions de la qualité des soins de santé qui figurent dans les publications comportent la dimension linguistique. Toutefois, les participants de la consultation avaient tendance à considérer la qualité technique et la présence de services en anglais comme deux questions en

quelque sorte distinctes. Leur perception de la qualité des services se rattache davantage à la compétence technique. À partir de cette définition de la qualité, les participants convenaient généralement que ceci représente un point fort du système. Les participants ont déclaré qu'une fois les obstacles d'accès surmontés, la qualité du service est généralement bonne ou très bonne.

> *La pharmacie fait un excellent travail sur le plan de la santé publique.*
>
> – Participant d'une région semi-urbaine

4.2.8 Utilisation de l'internet

Les participants de la consultation se sont dits satisfaits de l'utilisation de l'internet comme source d'information sur la santé en anglais et ils y ont recours instinctivement. Il s'est avéré impossible de déterminer si l'accès à l'internet améliore bel et bien ou complète l'accès au système de services.

4.3 Problèmes liés à l'accès aux services en général

Lorsque les participants de la consultation ont relaté leurs expériences relatives à l'obtention de soins, leurs réponses ne portaient pas toujours sur l'existence ou la prestation des soins en anglais. Certaines réponses avaient trait au système de prestations des soins dans un sens plus global. Les participants ont parfois signalé qu'ils avaient l'impression que leurs observations s'appliquaient à l'ensemble des Québécois. Cette section résume ces commentaires et les rattache aux programmes pertinents qui sont offerts par le MSSS à la clientèle.

Les participants ont formulé des commentaires généraux, puis des commentaires spécifiques sur les neuf programmes-services. Les commentaires suivants n'avaient rien à voir avec la langue dans laquelle le service est demandé ou fourni.

4.3.1 Commentaires généraux sur les services

4.3.1.1 Délais d'attente

Les délais d'attente sont également mentionnés dans les sections pertinentes; toutefois, pour faciliter la présentation d'un aperçu, les divers types de délais d'attente sont regroupés ici :

- les délais d'attente pour Info-Santé semblent varier de 10 ou 20 minutes à deux heures;
- en général, les délais d'attente pour les services des cliniques sans rendez-vous, des CLSC et des CSSS étaient de l'ordre de quatre à huit heures;

- les participants ont parlé de systèmes où une place dans la file est accordée au début de la journée, et les patients sont priés de revenir plus tard. L'attente dure souvent d'une à trois heures par la suite;
- ils ont également signalé être arrivés trop tard pour obtenir une place dans la file ce jour-là, ou être arrivés très tôt le lendemain matin (ex. : 5 h) pour faire la file afin de se faire attribuer une place dans la file officielle plus tard. Ce système a été critiqué comme étant particulièrement difficile pour les aînés et pour ceux qui ne se sentaient pas bien à ce moment-là, surtout en cas de mauvais temps;
- les participants qui recourent aux salles d'urgence des hôpitaux ont signalé une attente de 8 à 12 heures en général;
- les délais d'attente pour les lits d'hôpital après un traitement à l'urgence pouvaient aller d'un à plusieurs jours;
- le délai d'attente pour obtenir un médecin de famille après avoir été inscrit sur une liste d'attente à cette fin a été décrit en termes d'années, jusqu'à cinq ans dans certains cas;
- le délai d'attente pour voir le médecin de famille du patient a souvent été signalé comme étant d'un à trois mois. Il est arrivé qu'il soit de moins d'un mois;
- le délai d'attente pour voir un spécialiste, y compris un diététicien, a été signalé comme étant de quatre à huit mois, à l'exception des colonoscopies, pour lesquelles le délai d'attente est bien supérieur à un an. Dans certaines régions rurales, les délais d'attente moyens sont beaucoup plus longs pour les services spécialisés, à raison de plus d'un an;
- le délai d'attente pour certains services spécialisés faisant l'objet d'un volume plus restreint, tels que l'évaluation de retards de développement ou d'autisme, une consultation ou un traitement par un psychologue, un service d'orientation, en orthophonie ou des services pour des problèmes de dépendance peut aller jusqu'à un an ou plus, surtout dans les régions rurales et éloignées.

D'après ce que je vois, ce ne sont pas seulement les personnes d'expression anglaise qui souffrent ici… C'est tout le monde. Il y a un manque de ressources.

– Participant d'une région semi-urbaine

4.3.1.2 Frais liés au diagnostic et aux soins

La section 3 du présent document met en exergue certaines caractéristiques socioéconomiques de la population d'expression anglaise quant au taux de faible revenu et de chômage. Les participants de la consultation ont souvent parlé des frais contingents de certaines maladies ou accidents. Ces frais pourraient se présenter sous la forme du coût des médicaments, surtout s'ils

coûtent cher (ex. : insuline, certains médicaments contre le cancer). Ces frais pourraient également prendre la forme d'un équipement spécialisé ou d'aménagement du domicile.

Lorsqu'un déplacement de 24 heures ou de plusieurs jours est nécessaire, les frais se présentent également sous la forme de la partie non remboursée des frais de déplacement, de l'hébergement et de repas dans une autre ville, et même parfois les frais de location d'un logement pour un traitement plus long (ex. : radiation ou chimiothérapie). Les participants ont signalé que ces frais n'étaient jamais complètement remboursés, que ce soit par le gouvernement ou par les compagnies d'assurance. Les participants bénéficiant d'une assurance ont parlé du rôle important que leur régime joue dans leur capacité de faire face à ces situations et des tracas occasionnés par la perte d'admissibilité.

> *L'orthophonie coûte cher. Mon assurance est plafonnée à 3 000 dollars et cela monte vite avec l'orthophonie.*
>
> – Parent d'une région urbaine

Les participants ont qualifié le coût des services dentaires d'élément dissuasif. Les parents ont dit apprécier les programmes du gouvernement provincial qui offre des services dentaires gratuits aux enfants de moins de dix ans.

4.3.1.3 Préoccupations quant au personnel du système de soins de santé et de services sociaux

Les participants de la consultation ont exprimé plusieurs préoccupations quant au personnel du réseau de santé et de services sociaux qui, lorsqu'elles sont justifiées, peuvent avoir un effet indirect sur l'accès au service.

Les participants voient le personnel du réseau, surtout ceux des services de première ligne, comme dépassé par la demande globale de services et souffrant d'un degré élevé de stress. Certains participants semblaient être conscients des compressions récentes effectuées dans le réseau et ils ont commenté que la diminution des activités de perfectionnement du personnel aggravait la pression sur le personnel du réseau.

Les parents ont également parlé de l'énorme charge de travail des infirmières et des travailleuses sociales œuvrant dans les écoles, indépendamment de la question linguistique. Ils étaient d'avis que ceci donnait peu de chance aux professionnels d'exercer une véritable influence.

Ma belle-sœur est infirmière et elle me dit qu'ils se soucient des patients mais qu'on ne leur donne pas le temps de s'en occuper. Maintenant, elle n'a même plus le temps de tenir la main de quelqu'un.

– Participant d'une région semi-urbaine

Les participants ont fait des commentaires sur le peu de temps disponible pour nouer une relation en raison des demandes de services qui sont imposées au personnel du réseau. Ils ont dit se sentir bousculés dans leurs rencontres avec le professionnel.

C'est tout simplement bousculé. Vous ne pouvez pas nouer une relation avec votre médecin.

– Participant d'une région semi-urbaine

D'aucuns ont dit que la jeune génération du personnel dans le réseau n'a pas la même éthique professionnelle que ses prédécesseurs.

Les participants ont également exprimé leur préoccupation quant aux problèmes de recrutement au sein du réseau, en particulier pour les médecins et infirmières.

Pourquoi avons-nous des chauffeurs de taxi qui sont médecins ou titulaires d'un doctorat et qui ne peuvent pas travailler ici?

– Participant d'une région urbaine

4.3.2 Commentaires relatifs aux programmes-services

Les observations suivantes sont présentées selon la structure des programmes-services du MSSS décrits ci-dessus.

4.3.2.1 Services de prévention

D'après les commentaires des participants, en général, les services et les campagnes de prévention et d'information rejoignent de nombreux Québécois, même si moins dans le cas de ceux qui vivent dans les réserves des Premières Nations. Il est plus difficile d'évaluer le degré de pénétration et d'efficacité de ces campagnes, mais les participants en avaient parfaitement connaissance.

Les participants semblaient particulièrement préoccupés par la prévention du tabagisme chez les jeunes. Ils ont également parlé de l'existence de programmes de dépistage et de leur

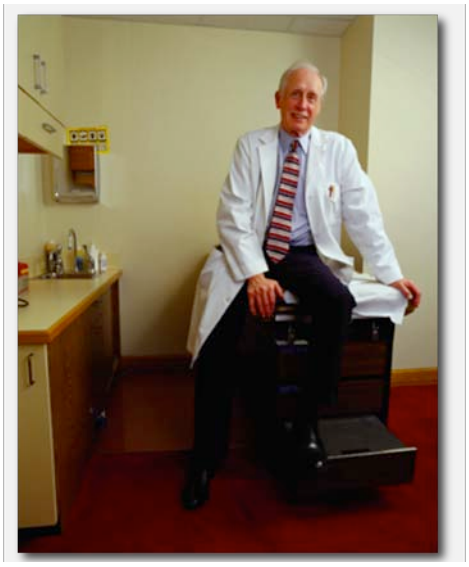
utilisation. Un problème cité par plusieurs participants a trait à la très longue attente pour les colonoscopies et les imageries à résonance magnétique (IRM).

> *Vous attendez deux ans pour une colonoscopie ou pour une IRM. Vous êtes prêt à dépenser beaucoup d'argent pour ces examens plutôt que d'attendre. Je connais beaucoup de gens qui ont fait appel au secteur privé.*
>
> – Aidant naturel d'une région semi-urbaine

4.3.2.2 Services médicaux de première ligne

4.3.2.2.1 Médecins de famille

De nombreux participants de la consultation ont dit ne pas avoir de médecin de famille. Certains ont expliqué que leur médecin de famille avait pris sa retraite. D'autres ont dit craindre que le leur prenne également sa retraite dans l'avenir.



> *J'ai peur que mon médecin prenne sa retraite ou décède.*
>
> – Participant d'une région urbaine

Plusieurs participants ont dit faire face à la pratique voulant que certains médecins de famille abandonnent un patient si une période plus longue que celle qui est fixée s'est écoulée depuis la dernière consultation. Des délais de deux à cinq ans ont été cités. Les participants étaient indignés de ne pas avoir été avisés avant qu'il ne soit trop tard. Certains y ont vu une sanction pour leur bon état de santé.

Parmi les personnes qui n'ont pas de médecin de famille, un grand nombre ont dit être sur une liste d'attente. Ces listes d'attente, dont ils ont entendu parler de bouche à oreille, ne sont pas centralisées. Ils pourraient donc s'inscrire sur plus d'une liste. Le délai d'attente pour se faire attribuer un médecin a été décrit en termes d'années, allant parfois jusqu'à cinq ans.

Certains participants ont dit n'être capables d'obtenir un médecin de famille qu'à cause de la déclaration d'une maladie grave pour eux ou pour un membre de leur famille (ex. : diabète). Certains participants ont dit devoir se déplacer, même à de courtes distances, après avoir déménagé pour pouvoir garder leur médecin de famille.

Les participants étaient d'avis qu'il était très difficile d'attirer les médecins dans les régions rurales et éloignées. Ils ont exprimé leur inquiétude quant aux obstacles qui empêchent les médecins de famille formés à l'étranger d'obtenir leur permis d'exercice, surtout en des temps de pénurie croissante.

> *Nous avons une telle pénurie de médecins, beaucoup d'entre eux étant refusés ici à cause* [de leur manque de connaissance] *du français. On les refuse et ils ne peuvent pas exercer ici.*
>
> – Participant d'une région rurale ou éloignée

Les participants qui ont un médecin de famille ont mentionné qu'il faut attendre longtemps avant d'obtenir un rendez-vous – deux ou trois mois. Ils ont signalé que le fait d'avoir un médecin de famille n'empêchait pas que, en cas d'urgence, ils devaient aller à une clinique ou une salle d'urgence. Certains participants ont dit qu'ils ne devaient pas attendre longtemps pour obtenir un rendez-vous avec leur médecin de famille : moins d'un mois. Un petit nombre de participants ont parlé de médecins qui font encore des visites à domicile. Ces exemples émanaient des régions rurales et éloignées. Ces visites à domicile semblaient servir à répondre aux besoins des patients âgés.

4.3.2.2.2 Incidence de l'absence d'un médecin de famille sur l'accès et la continuité du service

L'absence d'un médecin de famille n'empêche pas l'accès au système de services, mais l'influence. Le besoin d'accès ne diminue pas mais il se transforme en une augmentation du nombre de visites dans les cliniques sans rendez-vous et dans les salles d'urgence. L'absence d'un médecin de famille risque d'entraver l'accès à des services spécialisés. Les participants ont signalé que certaines cliniques ne réfèreront pas de patients à des services spécialisés s'ils n'ont pas un médecin de famille. Les commentaires n'ont pas permis une compréhension approfondie des motifs de cette façon de faire qui risquerait de porter atteinte au droit aux services. Toutefois, l'impact sur l'accès de ces patients aux services spécialisés est important.

Lorsque l'accès aux services spécialisés n'est pas interrompu, un grand nombre de participants ont signalé des perturbations dans la coordination du suivi s'ils n'ont pas de médecin de famille. Des problèmes de communication risquent de se produire entre les médecins au sein d'une clinique et entre la clinique et le cabinet du spécialiste. Les problèmes pourraient avoir trait à la transmission de recommandations à un spécialiste, à l'envoi de résultats ou à la prise de rendez-vous. Les participants ont dit souffrir des conséquences de ces problèmes, qui finissent par se traduire par des retards d'accès ou par la nécessité de prendre du temps pour être vigilant et s'assurer que la communication et le suivi se fassent.

L'absence d'un médecin de famille et le fait de devoir recourir à des soins médicaux de première ligne dans les cliniques va à l'encontre de l'établissement d'une relation avec un professionnel. Les participants ont dit devoir répéter la même information à plusieurs reprises et avoir l'impression d'une dépersonnalisation de l'expérience de consultation.

À chaque visite, je raconte mon histoire à un médecin différent. Cela prend plus de temps. Le dossier s'épaissit sans cesse. Vous restez plus longtemps dans le cabinet du médecin parce que les 15 ou 20 premières minutes consistent à répéter chaque fois la même chose.

– Participant d'une région semi-urbaine

Un petit nombre de participantes qui n'avaient pas de médecin de famille ont dit n'avoir aucun suivi d'un obstétricien ou d'un gynécologue pendant qu'elles étaient enceintes jusqu'à l'accouchement, ce qui crée un risque éventuel pour la mère et l'enfant.

Je n'ai eu aucun service depuis le début de ma grossesse. Voici ce qu'on me dit : on ne prend pas de nouveaux patients, Madame.

– Mère d'une région urbaine

4.3.2.2.3 Cliniques

De nombreux participants à la consultation ont indiqué les CLSC, les CSSS ou les cliniques sans rendez-vous comme source de services médicaux de première ligne. Un nombre beaucoup plus restreint a indiqué les salles d'urgence à l'hôpital. Ce mode d'utilisation des services était également fréquent chez les répondants du sondage. Les participants ont signalé des délais d'attente de quatre à huit heures dans ces salles d'urgence.

Chaque fois que mon enfant est malade un vendredi, je panique. Parce que je me demande où je peux aller pendant la fin de semaine. Est-ce que j'essaye de jouer le jeu et de penser que je peux me débrouiller pendant la fin de semaine ? ou aller à une clinique [nom de la rue] *et attendre trois heures ?*

– Mère d'une région semi-urbaine

Divers systèmes de rationalisation des soins et d'attribution des places dans une file pour un jour donné ont été décrits. D'aucuns ont signalé des systèmes qui permettent aux patients de partir et de revenir à une certaine heure en ayant une place garantie. Ces files d'attente commencent parfois dès cinq heures du matin. Cette méthode a été critiquée comme injuste pour les aînés et pour les personnes qui ne se sentent vraiment pas bien à ce moment-là. D'autres ont signalé que leur CLSC, leur CSSS ou leur clinique donnait priorité aux patients âgés ou de moins de 25 ans.

> *Les personnes font la file avec des couvertures et des chaises de jardin pour réserver leur place. Est-ce que c'est ce que vous avez envie de faire lorsque vous êtes malade?*
>
> – Participant d'une région semi-urbaine

Le nombre plus restreint de participants qui ont indiqué les salles d'urgence des hôpitaux comme source de soins médicaux de première ligne a signalé un temps d'attente de 8 à 12 heures. Seuls quelques participants ont parlé du transfert des salles d'urgence à un service hospitalier, mais quand ils l'ont fait, c'était à cause de l'attente imposée – souvent une journée ou plus.

Quelques participants ont fait l'expérience des Groupes de médecine de famille (GMF), « un groupe de médecins qui, au profit des personnes inscrites, collabore étroitement avec les infirmières dans un contexte propice à l'exercice de la médecine familiale[8] ». En général, les commentaires des participants étaient positifs quant à la facilité d'accès aux services médicaux de première ligne auxquels ils ont ainsi droit.

Certains membres des communautés des Premières Nations ont essuyé un refus aux cliniques des CLSC ou des CSSS. On leur a dit qu'ils avaient des cliniques dans les réserves et que c'était là qu'ils devaient aller.

4.3.2.2.4 Info-Santé

Info-Santé semble accessible partout. Personne n'a signalé l'incapacité de rejoindre Info-Santé. Toutefois, les participants étaient partagés quant à l'utilité de ce service. Certains étaient très satisfaits du service qu'ils avaient reçu, parfois même enthousiastes. Ceci a simplifié leur accès à l'information et au système, et l'a rendu plus efficace.

D'autres participants ont signalé de longs délais d'attente, jusqu'à deux heures. Ainsi, ils ont moins apprécié le reste du service parce qu'ils se sont demandé s'ils auraient mieux fait de

---

[8] Ministère de la Santé et Services Sociaux, 2009, tel que cité dans Pomey, Marie-Pascale et coll. (2009). "Quebec's Family Medicine Groups : Innovation and Compromise in the Reform of Front Line Care." *The Canadian Political Science Review*, 3(4), décembre 2009, p. 31-46.

consacrer leur temps à attendre dans une clinique ou dans une salle d'urgence. Certains de ces participants étaient manifestement mécontents lorsque Info-Santé leur a dit d'aller à une clinique ou à l'urgence. Ils y ont vu une façon de retarder leur accès au système, et de ne pas leur permettre d'éviter de recourir au système de manière inutile. Même si la réponse d'Info-Santé était peut-être la bonne dans les circonstances, la personne qui a appelé aurait peut-être espéré un autre résultat.

4.3.2.3 Perte d'autonomie liée au vieillissement

Les participants de la consultation ont fait des commentaires sur les services aux aînés en général. Les quelques participants d'expression française des groupes de consultation ont confirmé que les deux groupes linguistiques se heurtaient aux mêmes difficultés quand il s'agit des soins aux aînés.

> *S'ils veulent que nous restions chez nous pendant plus longtemps, qu'ils nous donnent les moyens d'y rester.*
>
> – Participant âgé d'une région rurale ou éloignée

4.3.2.3.1 Services aux aînés

Les participants ont signalé les difficultés d'accès aux services à même le réseau : services des CLSC et des CSSS et places dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). La demande pour ces services dépasse l'offre. Il existe également un réseau parallèle important de services à but lucratif ou non, tant pour les soins à domicile qu'en établissement. Les difficultés que présente le réseau parallèle ont plus trait aux normes et à la qualité. À ces préoccupations viennent s'ajouter celles du coût et de qui assume le fardeau de coordonner et parfois de prodiguer les soins.

> *Ouvrez un registre d'aidants naturels pour que chaque personne n'ait pas besoin de chercher seule les services.*
>
> – Aidant naturel d'une région rurale ou éloignée

Les participants des groupes de consultation ont souvent exprimé de l'inquiétude quant à l'avenir de ces services. Eux-mêmes ou leur parent commencent à faire partie de clientèle et la font ainsi grossir. Ils se demandent haut et fort, tout comme les informateurs clés, si le système sera dépassé par les besoins et accentue la tendance vers les soins privatisés.

Un cas positif qui revient constamment dans les propos des participants sur les aînés a trait à la fiabilité des campagnes de vaccination contre la grippe. C'est un service qui semble bien marcher.

4.3.2.3.2 Observations des aidants naturels

Les aidants naturels et les membres de la famille des aînés ont parlé de plusieurs sujets qui ne se rattachent pas directement aux services mais à certaines caractéristiques des aînés qui se répercutent sur les soins qui leur sont donnés.

Les aidants naturels ont parlé du désir des aînés de rester chez eux comme une arme à double tranchant. Cela favorise peut-être la santé et pèse moins lourd sur le système de services mais, en même temps, cela les isole une fois que leurs amis sont décédés ou lorsque les membres de leur famille, en particulier les enfants, ont déménagé, ou encore lorsque la mobilité de la personne âgée est réduite. Les participants ont parlé avec éloquence des parents ou d'un parent seul, qui sont cantonnés dans quelques pièces d'une résidence familiale qui dépasse maintenant leurs besoins et parfois leur capacité de l'entretenir.

Les participants ont également mentionné que leurs parents âgés ne veulent pas être un fardeau pour leurs enfants et minimisent parfois leurs besoins. Les participants ont dit eux-mêmes qu'ils ne voulaient pas peser lourd sur leurs enfants lorsqu'ils vieillissent, ce qui comporte des implications pour le type de soins dont ils envisagent avoir besoin.

Les aidants naturels ont parlé de la réticence des personnes âgées à avoir des étrangers chez eux pour exécuter des tâches domestiques ou des soins personnels. Le même genre de phénomène se produit lorsque les parents âgés rencontrent des professionnels et minimisent ou nient leurs besoins ou leur état, que ce soit délibérément ou par réflexe pour refuser une aide. Certains parents âgés oublient de fournir de l'information importante ou sont incapables de communiquer à cause de la confusion, de la démence, d'un AVC ou de tout autre problème de santé. Tous ces facteurs peuvent faire en sorte que les aînés se privent de l'aide nécessaire, ce qui accroît la charge de l'aidant naturel principal.

Nous parlons aux infirmières et aux médecins privément parce que nos parents sont trop fiers pour demander de l'aide. Et si jamais ils en demandent, il y a une longue période d'attente.

– Aidant naturel d'une région urbaine

4.3.2.3.3 Besoins des aidants naturels

Les aidants naturels des personnes âgées ou des personnes qui souffrent de divers problèmes de santé chroniques ont souvent parlé du besoin de soutien. Ce soutien peut se manifester sous l'apport de soutien des pairs ou de soutien social et psychologique pour lutter contre l'isolement, la fatigue, la colère et la dépression. Ils ont également parlé du besoin de soins de relève, d'un répit pour échapper au stress que cause la prestation constante de soins. D'aucuns ont vanté la qualité des soins de relève qu'ils avaient reçus. Les aidants naturels ont également parlé du besoin de soutien technique, logistique et financier.

J'aimerais beaucoup que le gouvernement se concentre plus sur les aidants naturels, qu'il nous aide davantage, qu'il nous accorde une assurance. Nous n'avons aucune aide. Nous ne pouvons même pas faire rembourser leurs [de leurs parents] *dépenses médicales.*

– Aidant naturel d'une région semi-urbaine

Bon nombre d'aidants naturels se sont dit accablés par ces tâches et la frustration que représente le fait de donner des soins à des parents ou à des membres de la famille qui vieillissent et dont le jugement et le fonctionnement déclinent. Ils ont également parlé de la tension éventuelle entre leurs propres besoins et ceux de la personne dont ils s'occupent. Cette tension peut s'aggraver lorsque, comme un participant l'a mentionné, « les personnes âgées prennent soin de personnes encore plus âgées ». Les participants qui s'occupent de leurs parents se sont dits faire partie « de la génération sandwich », qui s'occupe des besoins des parents qui vieillissent et de leurs propres enfants qui ne sont pas encore indépendants ou qui ne le seront jamais dans le cas de retard de développement ou de problèmes de santé mentale importants.

Les aidants naturels, en particulier les enfants des aînés, ont parlé d'un sentiment de culpabilité pour avoir placé un membre de la famille dans une résidence sans leur plein consentement ou contre leur gré, et surtout lorsque ces membres de la famille se plaignent des soins qu'ils reçoivent ou de leur désir de retourner chez eux. Cette culpabilité s'accroît lorsque les aidants naturels ont leurs propres doutes quant à la qualité des soins que reçoit le membre de leur famille.

4.3.2.4 Enfants et jeunes ayant des besoins spéciaux (déficience intellectuelle et retard de développement; jeunes en difficulté)

4.3.2.4.1 Accès aux services

Les participants ont parlé du délai d'attente et du coût de l'évaluation pour déterminer l'admissibilité aux services pour des enfants qui souffrent de retard de développement et pour les troubles du spectre autistique. Plus le délai d'attente est long, plus la période sans services appropriés l'est aussi. Cette situation peut avoir des conséquences majeures pour les jeunes enfants et leurs aidants naturels, dont certaines seront parfois difficiles à changer ou à inverser

ultérieurement. Les services pour les troubles de la parole, de l'audition et du langage font parfois l'objet de plus grandes difficultés d'accès dans les régions éloignées où ces professionnels sont rares dans l'une ou l'autre langue.

4.3.2.4.2 La situation des parents d'enfants ayant des besoins spéciaux

Les parents d'enfants ayant des besoins spéciaux ont certains problèmes en commun avec les aidants naturels des aînés. Ils doivent être les propres défenseurs de leurs enfants et négocier des services rares; ils doivent parfois faire appel au marché privé; l'état de leur enfant ou les services reçus ou non obtenus risquent de susciter chez eux de la culpabilité; ils portent le fardeau psychologique et affectif des soins, qui comporte parfois un isolement social. Ils ont besoin d'accès aux services, pas seulement pour leurs enfants, mais aussi pour se faire aider dans cette épreuve dont ils ne voient pas le bout dans certains cas.

Ces parents mentionnent la réticence des garderies et des commissions scolaires face à leurs d'enfants, ce qui reflète qu'ils sont également conscients des difficultés d'accès à des services appropriés et qu'ils voudraient peut-être éviter de se sentir surchargés et sans soutien.

Ces parents ont également exprimé leur inquiétude quant à l'avenir de leur enfant dépendant lorsqu'ils vieilliront eux-mêmes. Ils s'interrogent et s'inquiètent sur la façon dont les besoins de leur enfant dépendant seront comblés lorsqu'il sera adulte.

4.3.2.5 Services en cas de toxicomanie et de dépendance

Les discussions sur ces services avaient trait à l'alcoolisme, à la dépendance envers des drogues légales et illégales, ainsi qu'à des problèmes de jeu compulsif. Les participants ont parlé de la difficulté d'avoir accès à ces services. Ceci semblait être plus le cas loin des régions urbaines.

Certains participants ont dit à quel point le recours aux services de désintoxication risque de rendre la vie encore plus compliquée quant au maintien du lieu de résidence et de l'admissibilité au bien-être social.

4.3.2.6 Services de santé mentale

Selon les commentaires des participants, en dehors des régions urbaines, les services de santé mentale ne sont pas faciles d'accès en général. Il existe des soins d'urgence, en cas de risques immédiats de suicide, par exemple. Mais pour des états plus chroniques, tels que la dépression entre autres, les listes d'attente sont longues.

Certains participants ont parlé du stigmate associé à la recherche de services auprès d'établissements dont tout le monde sait qu'ils

offrent des services psychiatriques.

4.3.2.7 Services médicaux spécialisés

Selon les descriptions faites par les participants de la consultation, l'accès à des services médicaux spécialisés dans les régions urbaines, semi-urbaines et même rurales se fait par recommandation et sous-entend des déplacements routiers de plus en plus longs selon l'endroit où vit le patient. Certaines régions ont des spécialistes itinérants qui viennent périodiquement, en général à plusieurs mois d'intervalle. Ce moyen n'offre qu'un certain nombre de spécialités.

Pour les patients qui vivent dans les régions éloignées, il était très clair que l'accès à des services médicaux spécialisés sous-entendait souvent des trajets considérables, parfois en avion, pour tous les patients, peu importe la langue de service souhaitée.

Les patients des régions rurales, surtout dans les régions éloignées, qui sont victimes d'une grave maladie ou d'un accident, sont obligés de se déplacer, ce qui entraîne des frais de logement et une perte de temps de travail que ne subissent pas les résidents des régions urbaines et semi-urbaines. Ces patients décrivent cet accès comme étant assorti d'un prix à payer, qui pourrait influer sur leur décision d'avoir ou non accès aux services, qui pourrait les amener à remanier leur budget familial et, dans certains cas, influer sur leur décision quant à leur lieu de résidence. Un exemple de ce genre de cas est un patient qui a besoin de dialyse et pour qui les déplacements et les dépenses que cela entraîne commencent à constituer un prix trop élevé à payer.

> *Ce serait bien d'être complètement remboursé quand vous devez vous déplacer pour obtenir des services.*
>
> *– Participant d'une région rurale ou éloignée*

Dans certaines régions, les participants plus âgés ont indiqué qu'au fil des ans, la prestation de certains services spécialisés s'était améliorée, car ils sont maintenant plus près ou dans la région (ex. : radiothérapie, dialyse).

4.4 Problèmes d'accès aux services en anglais

Les participants de la consultation en avaient long à dire sur le degré d'accès auquel ils avaient droit dans le système de soins de santé et de services sociaux en anglais. Leurs commentaires sont précédés de certaines données des sondages, puis présentés par rapport aux neuf programmes-services du MSSS » Figure enfin un résumé de plusieurs autres problèmes d'accès aux services en anglais.

4.4.1 Langue et modes d'utilisation des services d'après les sondages

Les sondages ont révélé que les Québécois d'expression anglaise et française recourent aux systèmes de soins de santé et de services sociaux de la même manière, à trois exceptions près.

1) Les personnes d'expression anglaise recourent aux services selon l'ordre de fréquence décroissant suivant :

- médecin en cabinet ou clinique privée
- CLSC/CSSS
- salle d'urgence ou clinique externe d'un hôpital
- Info-Santé
- hôpital pour un séjour de 24 heures.

Les personnes d'expression française recourent à la salle d'urgence d'un hôpital plus fréquemment qu'au CLSC ou au CSSS. Exemple : en dehors des régions de Montréal-Laval, 54,6 % des personnes d'expression anglaise ont recouru aux services des CLSC et CSSS, tandis que ce chiffre n'est que de 47,4 % chez les personnes d'expression française.

2) Pour les séjours à l'hôpital de 24 heures, 26,7 % des jeunes adultes d'expression française (18-29 ans) ont dit y recourir, tandis que ce pourcentage n'est que de 14,6 % chez les jeunes adultes d'expression anglaise.

3) La plus grande différence se manifeste dans le recours à Info-Santé :

- 37,2 % de la population d'expression française à l'extérieur de Montréal-Laval a recouru à Info-Santé;
- seulement 22,8 % de la population d'expression anglaise l'a fait;
- 35,2 % de la population d'expression française dans les régions de Montréal-Laval a recouru à Info-Santé;
- seulement 27 % de la population d'expression anglaise l'a fait;
- 29,1 % des aînés d'expression française (60 ans et plus) ont recouru à Info-Santé;
- seulement 16,9 % des aînés d'expression anglaise l'ont fait.

Des commentaires sur l'accès aux services en anglais peuvent être lus avec ces tendances en tête.

4.4.2 Accès aux programmes-services en anglais

Ces observations sont également présentées selon la structure des programmes-services du MSSS décrits ci-dessus.

4.4.2.1 Services de prévention et de santé publique

L'opinion des participants quant à la facilité d'obtenir des services de prévention en anglais varie beaucoup.

Les services de vaccination ont été décrits comme très accessibles et fonctionnant bien. Les participants se soucient beaucoup moins de savoir si le service n'est pas accompagné d'une explication ou d'une intervention en anglais, même s'ils précisent qu'ils aimeraient recevoir la documentation en anglais. D'autres ont parlé de recevoir cette documentation en anglais, ce qui porte à croire que la documentation existe mais qu'elle n'est pas distribuée également.

D'autres types de services de prévention tels que les mammographies, les campagnes anti-tabac et les campagnes anti-intimidation ont été signalés comme étant beaucoup plus disponibles en anglais dans les régions urbaines et moins disponibles ou pas du tout en anglais dans les régions rurales et éloignées.

Selon les parents qui ont des enfants dans les écoles anglaises, les services de soins infirmiers et de travail social fournis par les CLSC et les CSSS n'existaient peut-être pas en anglais parce que le professionnel ne parlait pas cette langue. Il fallait parfois faire appel aux membres de la famille ou au personnel de l'école comme interprètes. Cette formule comporte des inconvénients, car les interprètes ne comprennent pas toujours parfaitement l'information ou ne sont pas en mesure de la présenter de manière efficace.

Plusieurs participants ont dit que l'absence ou l'insuffisance de services de prévention ou d'intervention précoce peut entraîner une intervention beaucoup plus coûteuse par la suite. Ces commentaires ont été faits par les personnes qui ont remarqué que ces services étaient difficiles d'accès dans leur région. L'implication était que les patients ou clients d'expression anglaise coûteraient plus chers à servir car ils bénéficiaient moins d'une intervention précoce.

Les autres participants qui ont commenté ce point ont indiqué qu'un diagnostic précoce, obtenu grâce aux services de prévention ou d'intervention précoce, permet d'assurer une meilleure planification de l'intervention par la suite, mais là encore, cela sous-entend que cette situation est moins fréquente pour les patients et clients d'expression anglaise qui ne pourraient pas avoir accès facilement à des services de prévention ou d'intervention précoce.

4.4.2.2 Services médicaux de première ligne

4.4.2.2.1 Cliniques

En dehors du centre-ville de Montréal, il y a eu beaucoup de commentaires sur l'absence de services en anglais dans les CLSC, CSSS et cliniques privées. Toutefois, les participants ont signalé des exceptions où ils ont eu un bon accès aux services en anglais.

De nombreux participants ont indiqué qu'il était courant de faire face à l'absence de services en anglais à la réception ou à l'inscription dans les cliniques et les services d'urgence, mais encore plus courant de connaître une plus grande disponibilité du service chez les infirmières et encore bien plus chez les médecins. Certains participants et informateurs clés ont mentionné l'absence de services en anglais dans les ambulances, surtout si l'ambulance est un service contractuel.

Un petit nombre de participants qui étaient parents depuis peu de temps ont parlé de l'interaction entre les visites postnatales au CLSC et au CSSS et la langue. À l'instar des aînés, ces parents n'étaient pas à l'aise face à des professionnels qu'ils ne connaissaient pas et avec qui ils ne pouvaient pas bien communiquer chez eux. Ils ont exprimé la crainte que cela risquait

d'aboutir à une intervention de la protection de la jeunesse. Ils ont décrit leur réaction de vouloir donner l'impression que tout était normal pour que le visiteur s'en aille. Ceci les empêchait de détecter les besoins qui exigeaient une réponse ou une intervention dont les parents pourraient ne pas avoir connaissance autrement ou ne pas se rendre compte qu'elle était nécessaire, et cela réduisait la possibilité pour le parent de profiter de l'occasion pour demander de l'information.

Comme mentionné plus haut, certains membres des communautés des Premières Nations essuient un rejet dans les cliniques des CLSC et des CSSS. On leur fait comprendre qu'ils ont leurs cliniques dans la réserve que c'est là qu'ils devraient aller. Les membres des communautés des Premières Nations d'expression anglaise se heurtent à des obstacles plus nombreux que les Québécois d'expression anglaise.

La section sur les cliniques fait état de problèmes qui ont été signalés dans le suivi entre les cliniques et les spécialistes médicaux. Certains patients d'expression anglaise ont dit se heurter à d'autres problèmes de communication avec les cabinets des spécialistes lorsque la personne qui leur répond ne parle pas anglais. Si le patient ne maîtrise pas bien le français, il risque de mal comprendre les instructions données par le cabinet du spécialiste quant aux prochaines étapes et quant à l'endroit où il doit se rendre ou quant à la date d'un rendez-vous.

D'après les sondages :

Comme le révèlent les sondages, les personnes d'expression anglaise qui vivent dans des ménages à faible revenu ont tendance à être moins en contact avec les médecins (dans les cabinets ou les cliniques privées) et, selon les données socioéconomiques, elles sont moins susceptibles de pouvoir assumer les frais supplémentaires de soins dentaires, de produits pharmaceutiques et de soins optométriques. Dans le cas des Québécois d'expression anglaise, le groupe de revenu qui, selon des recherches substantielles[9], semble connaître le taux le plus élevé de maladies, est aussi le moins susceptible d'avoir des contacts avec les professionnels les plus bilingues.

En ce qui concerne la consultation d'un médecin dans une clinique ou un cabinet privé :

- parmi les répondants d'expression française, 70,3 % ont dit avoir recouru aux services d'un médecin dans une clinique ou un cabinet privé au cours des 12 derniers mois;
- 73 % des répondants d'expression anglaise ont dit avoir fait la même chose;
- si l'on compare les groupes de revenu, les personnes des deux groupes linguistiques dont le revenu du ménage est inférieur à 30 000 dollars affichent la plus faible tendance à recourir aux services d'un médecin dans ce contexte.

[9] Pocock, Joanne (2008). Rapport de données de base 2007-2008, *Résultats de l'Enquête sociale et de santé pour les collectivités anglophones*. Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS). www.chssn.org

En ce qui concerne la consultation dans un CLSC ou CSSS (autre qu'Info-Santé) :

- les personnes d'expression française qui vivent à l'extérieur des régions urbaines de Montréal-Laval affichent la plus faible tendance à recourir aux services des CLSC et CSSS (47,4 %);
- les personnes d'expression anglaise qui vivent dans le même territoire affichent la plus forte tendance (54,6 %);
- les aînés d'expression anglaise (60 ans et plus) sont beaucoup susceptibles que ceux qui sont d'expression française et du même âge d'avoir recouru aux services du CLSC et CSSS au cours de l'année précédente;
- les usagers d'expression anglaise qui utilisent le plus fréquemment les services des CLSC et CSSS ont un revenu de ménage inférieur à 30 000 dollars, et les usagers d'expression française qui utilisent le plus fréquemment les services ont un revenu de ménage de 70 000 à 100 000 dollars.

Le sondage pose une série de questions sur la langue de service. Parmi les cinq situations étudiées, les personnes d'expression anglaise étaient les moins susceptibles d'être servies en anglais dans un CLSC ou un CSSS. Plus des trois quarts (78 %) de celles qui ont été servies en anglais ont indiqué qu'il était très important d'avoir reçu ce service en anglais. Près de 20 % (19,6 %) ont reçu le service du CLSC ou du CSSS en français même si l'anglais avait été demandé.

4.4.2.2.2 Info-Santé

Certains participants ont fait des commentaires favorables sur l'utilité des conseils et la possibilité d'obtenir une réponse en anglais, même si cela comportait une attente jusqu'à ce qu'une personne bilingue puisse rappeler.

D'autres participants ont eu une expérience différente, notamment une longue attente (jusqu'à deux heures), des conseils qui n'ont pas été considérés comme utiles (ex. : conseil d'aller à la salle d'urgence lorsque la personne malade voulait justement éviter de le faire) et la difficulté d'obtenir le service en anglais (ex. : la personne de service ne parlait pas anglais, ou son anglais parlé était de si piètre qualité qu'il était difficile à comprendre). Ces dernières expériences se produisaient surtout dans les régions rurales et éloignées. Certains informateurs clés croient que les personnes d'expression anglaise évitent de recourir à Info-Santé à cause de leurs appréhensions d'ordre linguistique.

D'après les sondages :

Parmi les cinq types de situations relatives à la santé explorés par le questionnaire du sondage, le taux de recours aux services d'Info-Santé était généralement faible. C'est aussi dans l'utilisation de ce service que le sondage a affiché la plus forte variation entre les répondants d'expression anglaise et française. Seulement 24,5 % des répondants d'expression anglaise avaient recouru à Info-Santé au cours des 12 mois précédant le sondage, comparativement à

36,7 % des répondants d'expression française. Les répondants d'expression anglaise vivant en dehors des régions urbaines de Montréal-Laval étaient beaucoup moins susceptibles (22,8 %) d'utiliser Info-Santé que les répondants d'expression française (37,2 %) vivant dans le même territoire. Les hommes, les aînés (60 ans et plus) et les ménages à faible revenu (moins de 30 000 dollars) sont, peu importe la langue, les sous-populations qui affichent les taux les plus faibles de recours aux services d'Info-Santé.

4.4.2.3 Perte d'autonomie liée au vieillissement

4.4.2.3.1 Services aux aînés

Bon nombre d'aidants naturels des aînés qui vivent chez eux ont évoqué la difficulté de trouver du personnel qui parle anglais pour les soins à domicile. Ceci était assez courant dans les régions rurales et éloignées. Les CLSC et CSSS étaient généralement considérés comme la source de ce type de services, mais pas tout à fait à même de recruter du personnel bilingue.

La capacité des CHSLD d'offrir des services en anglais à l'échelle locale a fait l'objet d'un vaste éventail de points de vue, allant de commentaires très élogieux à une grande insatisfaction. Certains aidants naturels ont dit se tourner vers des foyers de soins infirmiers privés comme solution, mais non sans inquiétude quant à la qualité du service et, là encore, avec une certaine insatisfaction quant à l'accès au service en anglais.

Ils [le personnel soignant d'un foyer de soins infirmiers privé] *ne parlaient pas beaucoup anglais, mais ils étaient très gentils.*

– Fille et aidante naturelle d'une région semi-urbaine

Plusieurs participants ont également signalé la réaction négative de certains parents face au placement, qui était plus marquée s'ils avaient de la difficulté à communiquer en anglais.

Comme mentionné plus haut, la vaccination contre la grippe ne semblait pas causer problème, qu'il y ait ou non communication en anglais dans ce cas-là.

D'après les sondages :

Les rapports de recherche que contient le centre de documentation du Réseau social de santé et de services sociaux (www.chssn.org) recensent la proportion de soins familiaux et de soins non rémunérés parmi les collectivités d'expression anglaise de 2001 à 2010. Les résultats de 2010 soulignent un soutien important aux personnes à charge, par exemple en cas de maladie, qu'apportent la famille et les amis (82,2 %), par rapport à d'autres ressources de soins de santé telles que les établissements publics de services sociaux (11,2 %) et les ressources

communautaires (2,4 %). La tendance à faire appel aux services de santé publique et aux services sociaux chez les répondants du sondage CROP varie fortement d'une région à l'autre, soit de 26 % dans le Bas-Saint-Laurent à 2,6 % dans Montréal-Est. L'accès aux services publics pour certaines personnes d'expression anglaise qui vivent dans la région urbaine de Montréal semble manifestement poser problème, même si l'on peut supposer une présence plus grande de services en anglais à Montréal que dans les régions rurales.

Les résultats du sondage laissent également entendre que, parmi les personnes d'expression anglaise qui font appel aux services publics, la plupart ont un revenu de ménage inférieur à 30 000 dollars, leur état de santé est moyen ou mauvais et leur niveau de bilinguisme faible. Les aînés (65 ans et plus) constituent une forte proportion des répondants d'expression anglaise du sondage qui font appel aux services de santé publique et aux services sociaux. D'après le dernier recensement (2006), un grand nombre de soins non rémunérés prodigués aux aînés le sont par des personnes d'expression anglaise du Québec. La plus forte proportion de cette prestation de soins est assurée par des femmes d'expression anglaise qui sont susceptibles d'avoir besoin de soutien du système public. Ceci correspond aux observations des intervieweurs voulant que, dans les groupes de consultation, la vaste majorité des aidants naturels était des femmes.

Le sondage, qui explore en détail l'utilisation des services publics (section 4.4), laisse entendre que les personnes d'expression anglaise font appel au CLSC ou au CSSS, ce qui traduit peut-être le besoin marqué de soutien dans les soins à domicile aux aînés et à leurs aidants naturels (qui sont souvent des aînés eux-mêmes). Dans bien des cas, les besoins des aînés ne peuvent pas être considérés comme justifiant un service à l'urgence ou à la clinique externe d'un hôpital. Ils ont besoin du genre de soins prodigués dans le cas de maladies chroniques, de vaccinations ou d'injections, de difficultés cognitives ou d'autres symptômes qui accompagnent le processus normal de vieillissement. D'après l'Enquête sociale générale pancanadienne, les besoins de soutien fréquemment cités par les aidants naturels des aînés comprennent les conseils, les connaissances de base en matière de santé des aînés et les soins de relève[10]. La pénurie de professionnels d'expression anglaise dans les services sociaux, tels que psychologues et travailleurs sociaux, signifie que les aidants naturels doivent souvent compter sur les bénévoles des organismes communautaires ou sur les membres de leur famille qui parlent anglais mais qui n'ont pas les qualifications professionnelles voulues.

4.4.2.3.2 Observations des aidants naturels :

Selon les participants, les aînés d'expression anglaise qui veulent rester chez eux, surtout dans les régions rurales et éloignées, se heurtent à des difficultés plus grandes à l'échelle collective que leurs homologues d'expression française car il est plus probable que leurs enfants ne vivent pas à proximité et que leur réseau de soutien familial soit plus restreint.

Les aidants naturels ont évoqué la réticence des aînés d'avoir des étrangers qui viennent chez eux pour exécuter des tâches domestiques ou donner des soins personnels. Les problèmes de

---

[10] Williams, C. (2004). « La génération sandwich », *Perspectives*, vol. 5, n° 9, p. 5-12. Catalogue de Statistique Canada n° 75-001-XIF.

communication en anglais semble intensifier la réticence d'un grand nombre d'aînés à accepter ce genre d'aide, et ils se privent ainsi d'une aide nécessaire et alourdissent la charge de l'aidant naturel principal.

Un grand nombre d'autres participants ont évoqué un phénomène connexe. Ils remarquent que lorsque leurs parents âgés communiquent en français avec des professionnels, ils ont tendance à atténuer ou à sous-estimer leurs besoins ou leur état, ou tout simplement à ne pas les exprimer du tout. La présence des membres de la famille comme interprètes a également été signalée comme produisant cet effet lorsque la personne âgée est réticente à aborder un sujet en présence de ce membre de la famille. Les informateurs clés ont signalé le stress qu'ils observent chez certains aînés qui doivent demander un service et qui ne savent pas dans quelle langue ils vont le recevoir, ou qui savent à l'avance qu'ils ne le recevront pas en anglais. Les participants des Premières Nations ont souligné la difficulté qu'éprouvent les aînés qui sont placés loin de leur communauté d'origine. Ils souffrent non seulement de l'éloignement géographique, mais aussi de la transplantation culturelle.

> *Lorsqu'ils tombent malades, ils reviennent à leur première langue. Ils régressent à l'âge de cinq ans de bien des manières, et ne parlent donc pas anglais. C'est ce qu'ils ont appris à cet âge qui leur colle à la peau. S'ils souffrent de la maladie d'Alzheimer, ils régressent ou l'anglais disparaît.*
>
> – Aidant naturel d'une communauté des Premières Nations semi-urbaine

Des aidants naturels ont indiqué que lorsque la personne âgée connaissait le français comme seconde langue, elle avait tendance à perdre la maîtrise de cette langue au fur et à mesure qu'elle vieillissait et que cette perte venait s'ajouter aux obstacles à l'obtention des soins.

4.4.2.3.3 Besoins des aidants naturels :

Les besoins des aidants naturels des personnes âgées ont été étudiés dans la section 4.3.5. Les aidants naturels d'expression anglaise ont parlé de la frustration supplémentaire qu'entraîne la difficulté ou la capacité de trouver de l'aide en anglais pour leur parent ou pour eux-mêmes.

4.4.2.4 Enfants et jeunes ayant des besoins spéciaux (déficience intellectuelle et retard de développement; jeunes en difficulté)

4.4.2.4.1 Services pour les retards en développement et l'autisme

Les délais, parfois longs, pour obtenir une évaluation initiale de ces cas ont été mentionnés.

Un grand nombre des parents concernés ont signalé la difficulté d'obtenir le service approprié après l'évaluation initiale. Il semble que les services soient généralement limités, surtout dans les régions rurales ou éloignées, et que ces services sont encore plus rares en anglais.

> *Les parents doivent obtenir une évaluation et il y a des années d'attente, et c'est là qu'il y a véritablement un manque de service.*
>
> – Parent d'un enfant ayant des besoins spéciaux dans une région urbaine

Certains de ces parents ont dit avoir fait passer leurs enfants au système de services en français pour résoudre le problème de la quasi-absence d'accès. Ils ont dit remplacer ainsi un problème par un autre, car leur enfant n'était plus capable de communiquer avec les autres membres de sa famille – ses grands-parents, par exemple – parce qu'ils ne pouvaient pas le faire en anglais.

4.4.2.4.2 Services aux jeunes en crise

Dans les régions semi-urbaines, rurales et éloignées, les participants ont fréquemment signalé l'accès limité à ce genre de services en général, qui devient encore plus restreint au fur et à mesure qu'on s'éloigne d'une région urbaine. Dans ces trois types de contexte, à l'exception de Montréal, l'accès aux services en anglais a été qualifié de difficile ou d'impossible. Il dépend des capacités linguistiques des praticiens sur place et de la connaissance que les familles et les professionnels traitants ont des ressources en anglais dans le secteur. Cette connaissance était parfois incomplète. Les travailleurs sociaux, les éducateurs et les conseillers en service social ont été signalés comme étant moins susceptibles d'être bilingues que les autres professionnels mentionnés ailleurs dans ce rapport. Cette réalité a contribué à détériorer encore davantage la situation des jeunes dans certains cas, et à aggraver l'inquiétude et le stress des parents et du personnel scolaire qui ont dit avoir l'impression d'être seuls face à un grand nombre de ces cas, mais sans la formation et les ressources requises.

Lorsque l'accès à ces services en anglais était difficile, les informateurs clés, surtout le personnel scolaire, ont confirmé ces limites d'accès. Ils ont également évoqué le sentiment d'isolement et de frustration qu'ils éprouvent quand ils tentent de trouver des services ou de répondre aux besoins de ces jeunes, tout en constatant leurs propres limites qui découlent de leur manque de

formation et de ressources. Les intervieweurs ont été surpris d'apprendre que cette situation se produit parfois très près de Montréal.

L'intervention de la protection de la jeunesse a été mentionnée comme pouvant éventuellement améliorer l'accès aux services, mais pas nécessairement, là encore selon les capacités linguistiques des prestataires de soins. En général, le besoin de ces services ne donne pas lieu à des déplacements vers d'autres régions, ce qui serait difficilement applicable. Toutefois, une exception peut se présenter lorsqu'un jeune soumis à la Loi sur la protection de la jeunesse ou à la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents est envoyé à Montréal pour être placé en établissement de langue anglaise.

Les participants ont signalé le nombre restreint de parents de familles d'accueil d'expression anglaise, surtout dans les régions rurales et éloignées. Dans certains cas, des enfants d'expression anglaise ont été placés chez des parents de familles d'accueil bilingues dont les autres enfants sont francophones. Même si ceci constitue de toute évidence une tentative de tirer le meilleur parti possible de ressources existantes, ces enfants ont parfois l'impression d'être isolés dans ces familles, car ils peuvent communiquer avec les parents mais sans doute pas avec les autres enfants, et probablement pas avec ceux du quartier, selon l'endroit où vit la famille d'accueil.

L'ampleur des besoins et le manque de disponibilité des services offerts aux jeunes en crise dans les communautés inuits et chez les Premières Nations sont plus inquiétants et aigus, selon des publications largement diffusées[11]. Certaines communautés ont été la cible d'intervention à grande échelle en cas de crise pour ce qui concerne les services aux jeunes en difficulté.

4.4.2.4.3 Situation des parents d'enfants ayant des besoins spéciaux

Pour les élèves et les jeunes, le défi est énorme. Il [le service] n'existe pas. Si vous voulez ajouter les services d'un orthophoniste ou d'un psychologue, cela n'existe pas pour les jeunes.

– Informateur clé d'une région rurale ou éloignée

---

[11] (Mars 2009). Programme des services à l'enfance et à la famille des Premières Nations – Affaires indiennes et du Nord Canada du rapport de mai 2008 de la Vérificatrice générale. Rapport du comité permanent des comptes publics.

(Avril 2007). Nunavik. Enquête portant sur les services de protection de la jeunesse dans la baie d'Ungava et la baie d'Hudson. Rapport, conclusions d'enquête et recommandations, La Commission des droits de la personne et de la jeunesse (CDPDJ).

(Juin 2010). Rapport de suivi des recommandations de l'enquête portant sur les services de protection de la jeunesse dans la baie d'Ungava et la baie d'Hudson, CDPDJ.

La situation de ces parents a déjà été analysée. Les parents d'enfants d'expression anglaise qui ont des besoins spéciaux se heurtent exactement aux mêmes problèmes et besoins. La tentative, qui échoue parfois, d'accéder à des services en anglais se traduisait souvent par le prolongement des délais, l'intensification du stress et un sentiment d'isolement. Pour l'enfant, cela peut sous-entendre une plus longue période sans services, avec les conséquences éventuelles pour l'état de l'enfant et son évolution dans les années à venir.

Les commentaires concernant les appréhensions qu'ont les garderies et les commissions scolaires face à ce type d'enfants s'intensifient dans le réseau d'expression anglaise, parce que ces établissements savent à quel point les ressources sont rares et connaissent le fardeau que leur imposent ces enfants.

4.4.2.5 Services en cas de toxicomanie et de dépendance

Les participants ont évoqué la difficulté d'avoir accès à ces services en anglais. Ceci semblait être plus fréquent loin des régions urbaines, lorsque le service pourrait exister en français mais moins en anglais. Dans les régions urbaines, les participants ont relaté des expériences plus positives d'accès à ces services en anglais et s'en sont dits satisfaits. Les participants des régions rurales et éloignées pourraient être envoyés à Montréal pour recevoir des services mais, une fois de retour dans leur collectivité, ils ne bénéficiaient d'aucun soutien pour les aider à poursuivre leur convalescence à cause du manque de services de suivi en anglais.

Mon expérience des services sociaux et des soins de santé a été bonne. Lorsque je vivais dans la rue, j'ai eu beaucoup d'aide des centres de désintoxication, des centres d'aide, des bunkers, etc. Lorsque je suis drogué, je suis incapable de parler français.

– Usager des services sociaux d'une région urbaine

4.4.2.6 Services de santé mentale

Selon les commentaires des participants et des informateurs clés, en dehors des régions urbaines, les services de santé mentale en général ne sont pas facilement accessibles et le sont encore beaucoup moins en anglais, dans la mesure où ils existent réellement. Un participant a dit avoir dramatisé son état pour obtenir un rendez-vous. D'autres ont exprimé une certaine frustration quant à la difficulté de trouver des services.

C'est notre plus grande faiblesse. Les problèmes de santé mentale que l'on constate dans la collectivité d'expression anglaise sont très rarement pris en main. De longues listes d'attente. Des gens m'ont dit qu'ils n'arrêtaient pas de téléphoner et que quatre ans plus tard, ils étaient toujours sans nouvelles.

– Informateur clé d'une région rurale ou éloignée

Certains participants ont parlé des stigmates que cause la recherche de services auprès d'établissements dont tout le monde sait qu'ils offrent des services psychiatriques, surtout si ces établissements sont bien connus parmi la collectivité d'expression anglaise.

Certains participants qui ont reçu des services de santé mentale en anglais ont dit avoir été très satisfaits.

D'après les sondages :

Les sondages offrent un contexte supplémentaire. La population d'expression anglaise du Québec est 58 % plus susceptible que la population d'expression française de se plaindre de problèmes de santé mentale tels que l'anxiété et la détresse psychologique. Les femmes d'expression anglaise sont beaucoup plus susceptibles de faire état d'anxiété ou de détresse psychologique que les hommes d'expression anglaise[12].

4.4.2.7 Services médicaux spécialisés

Selon les commentaires des participants sur le bilinguisme des médecins, l'accès aux spécialités médicales en anglais est souvent possible, même si l'hôpital ou la clinique où travaille le médecin offre peu de services en anglais. Ceci risque de nécessiter plus de déplacements si le spécialiste d'expression anglaise est plus loin. L'existence du service en anglais par un spécialiste itinérant dépend de la capacité linguistique du médecin.

Comme nous l'avons déjà mentionné, pour les patients des régions éloignées, l'accès à des services médicaux spécialisés est souvent synonyme de très longs déplacements, parfois en avion, pour tous les patients, quelle que soit la langue de service souhaitée. Souvent, la ville de destination est un milieu surtout francophone. Selon les participants, le service en anglais reçu d'un médecin est parfois relativement disponible dans ces circonstances à cause du degré élevé de bilinguisme des médecins en général, mais l'accès aux infrastructures et aux services de soutien du médecin était apparemment beaucoup moins probable, à quelques exceptions près.

Dans tous les types de régions autres que Montréal, le service qui a été fréquemment mentionné comme n'étant pas offert en anglais est celui des groupes de soutien, soit à titre de complément

---

[12] Pocock, Joanne (2008). *Rapport de données de base 2007-2008. Résultats de l'Enquête sociale et de santé pour les anglophones du Québec.* Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS). www.chssn.org.

des services médicaux (ex. : cancer, diabète, rétablissement après un AVC, maladie de Parkinson), soit pour répondre à des besoins sociaux (ex. : maladie d'Alzheimer, toxicomanie, difficultés parentales). Les participants ont souvent indiqué que ces groupes existaient en français mais non en anglais.

Les participants ont également signalé le manque de services en anglais dans les centres de diagnostic, même à Montréal et dans les cliniques de physiothérapie à l'extérieur de Montréal. Toutefois, le fait que les patients suivent les instructions dans ce type de clinique et ne reçoivent aucune interprétation dans le cas des centres de diagnostic, semblait réduire l'ampleur de ce phénomène qui est considéré comme un obstacle aux services.

4.4.2.8 Services en cas de trouble de la parole, du langage et de l'audition

Les participants dont les enfants ont besoin de ces services ont évoqué la difficulté d'y avoir accès, surtout en anglais. Une mère a transféré son enfant au système francophone de services et d'éducation pour résoudre les difficultés d'accès aux services en anglais. Les délais d'attente pour ces services dépassent bien souvent le cap d'un an ou s'éternisent si aucun professionnel ne peut donner ce service en anglais.

4.4.3 Commentaires généraux sur l'accès au services en anglais

4.4.3.1 L'importance de recevoir des services en anglais

> *S'il s'agit de quelque chose d'important, je préfère ma propre langue.*
>
> – Participant d'une région rurale ou éloignée

De manière générale, les participants ont affirmé qu'il est important pour eux de recevoir des soins de santé et des services sociaux en anglais. Cette opinion repose sur plusieurs raisons.

Premièrement, les participants ont souligné que face à des situations complexes ou très graves, il est crucial de comprendre le plus exactement possible la situation, et la meilleure façon d'y arriver est de pouvoir le faire en anglais. En cas de crise, on a tendance à recourir à sa langue maternelle.

Lorsque vous ne vous sentez pas bien, vous revenez… à votre langue maternelle. Même si quelqu'un d'entre vous parle français, vous vous sentez stressé.

– Participant d'une région rurale ou éloignée

Vous essayez d'expliquer vos symptômes et ce ne sont pas des mots que vous connaissez bien.

– Participant d'une région rurale ou éloignée

Les participants ont ajouté que l'emploi de l'anglais dans leurs contacts avec les prestataires de soins de santé et de services sociaux était perçu comme un facteur indubitable d'aisance. Cet élément a souvent été cité au sujet des services en cas de maladie grave ou de nature sociale et psychologique. Les informateurs clés ont également fait des commentaires sur cette question.

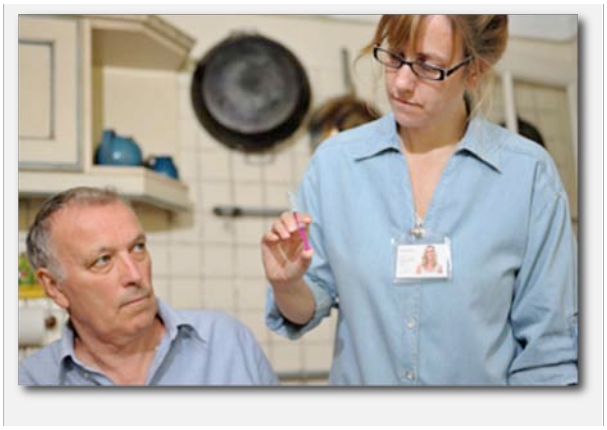
Chaque fois qu'il s'agit d'un problème psychologique, vous avez besoin de quelqu'un qui parle anglais pour comprendre les nuances.

– Participant d'une communauté semi-urbaine des Premières Nations

Certains participants ont fait état de conséquences réelles ou possibles de l'absence de compréhension; par exemple, l'état d'un patient s'aggrave parce qu'il ne comprend pas bien les instructions, ou il ne se soumet pas à un traitement pour éviter de recevoir de services en français.

Il [y a] *des nuances à apporter. Si quelqu'un vous dit en français : « Ne mangez pas avant douze heures », vous vous demandez s'il a dit : « Ne mangez pas avant midi ou seulement au bout de 12 heures ». Il peut vous arriver de mal interpréter le sens. Votre compréhension est meilleure si vous obtenez les services en anglais.*

– Participant d'une région semi-urbaine



On a également décrit des situations où les participants avaient constaté une amélioration chez un patient une fois qu'il avait reçu des services en anglais. Ce type de commentaires a souvent été fait à propos des personnes âgées, des enfants et des personnes souffrant de problèmes de dépendance ou de santé mentale. Même si la plupart des commentaires portaient sur l'interaction entre le prestataire de services et le patient ou le client, l'importance de l'information imprimée en anglais sur les maladies ou l'état de santé et le traitement a

également été mentionnée. Les participants semblaient convenir que le désir de recevoir le service en anglais n'est pas aussi pressant lorsqu'il s'agit de vaccinations ou de rencontres de ce type qui n'exigent pas un contact prolongé avec les prestataires de soins.

Les participants plus jeunes et certains informateurs clés ont fait le commentaire suivant : ils se perçoivent comme plus bilingues que leurs parents et par conséquent plus aptes à naviguer dans le système. Toutefois, pour les raisons mentionnées ci-dessus, ils préfèrent de loin l'anglais lorsqu'il s'agit d'information et de services sur des problèmes médicaux et psychosociaux sérieux.

Quoique les répondants aient tendance à faire une distinction entre la qualité et la langue, une étude récente publiée par l'Institut de la statistique du Québec concernant les éléments de la satisfaction des usagers dans les soins de santé et les services sociaux tenait compte de la langue de l'usager comme l'une des 44 dimensions utilisées pour évaluer la satisfaction[13].

4.4.3.2 Disponibilité de l'information sur les services en anglais

> *Il y en a qui savent ce qui existe, et d'autres non. Pourquoi tout le monde n'aurait pas le droit de savoir ?*
>
> – Participant d'une région rurale ou éloignée

Les Québécois d'expression anglaise qui ont participé aux consultations ont dit trouver difficile de repérer l'information centralisée sur les services qui existent en anglais et sur les professionnels qui peuvent offrir les services en anglais. L'information se transmet beaucoup par le bouche à oreille, ce qui veut dire qu'une personne obtient un service mais pas une autre qui a exactement le même besoin. En fait, pendant les sessions des groupes de consultation, les participants ont échangé de l'information sur des services en anglais ou des professionnels d'expression anglaise qu'ils connaissaient. Certains organismes communautaires sont perçus comme ce genre de ressources et sont appréciés à ce titre.

Tandis que les participants connaissaient Info-Santé et y avaient recouru pour s'y renseigner davantage sur un problème de santé, ce service n'était pas perçu comme une source d'information sur la façon d'avoir accès aux services en anglais. Toutefois, les participants ont exprimé le besoin d'avoir de l'information écrite sur l'accès aux services en anglais qu'ils pourraient consulter indépendamment, de préférence en ligne.

Les participants ont également commenté le besoin d'une source centrale d'information sur la disponibilité des services privés en anglais. Ce commentaire émanait surtout de personnes qui

---

[13] Rocheleau, Louis, Sylvain Végiard, Marie-Ève Tremblay, Joceylene Camirand, Ghyslaine Neill et Issouf Traoré (2008). *Regard croisé sur la satisfaction et les attentes des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec en 2006-2007*. Institut de la statistique du Québec.

s'occupaient de personnes âgées, pour des jeunes ayant des besoins spéciaux ou pour des personnes ayant des besoins en santé mentale.

Bien au delà du besoin d'information sur les services en anglais, il a également été signalé qu'il y a un besoin d'information sur le système en général sans référence particulière à la langue. Les participants semblaient ne connaître aucune source centrale d'information sur l'organisation du système de soins de santé et de services sociaux, ses établissements et ses professionnels praticiens, quelle que soit la langue de service recherchée.

Les participants ont commenté le rôle possible et réel des médias dans la transmission de l'information. Leurs commentaires indiquent que les médias interviennent de manière irrégulière, avec des différences très marquées d'une région à l'autre.

D'après les sondages :

Les sondages jettent un éclairage supplémentaire sur la façon dont les services sont fournis aux collectivités d'expression anglaise et comment cela diffère parfois considérablement de la situation de la population d'expression française. On a demandé aux répondants si, au cours des deux dernières années, ils avaient reçu de l'information sur les services en anglais qui sont fournis par les établissements de soins de santé publique et de services sociaux dans la région. En outre, on leur a demandé qui fournissait l'information (services de santé publique, organismes communautaires, journal ou autre source) et comment l'information était transmise (téléphone ou visite, réunion d'information, circulaires, sites Web ou « autre »).

Au cours des deux années précédentes, 38,4 % de la population d'expression anglaise avait reçu de l'information sur les services en anglais. Par contre, 56,7 % de la population d'expression française avaient reçu de l'information sur les services en français. Il y avait certaines régions où les différences étaient encore plus marquées, et d'autres où les différences étaient moins prononcées.

Parmi les jeunes adultes d'expression anglaise (18-29 ans), seulement 24,3 % ont dit recevoir de l'information sur les services en anglais, tandis que 47,7 % des aînés d'expression anglaise (60 ans et plus) ont dit avoir reçu ce genre d'information. Plus de femmes que d'hommes ont dit avoir reçu de l'information mais, même si 60 % des femmes d'expression française l'ont indiqué, ce pourcentage n'était que de 39,1 % chez les femmes d'expression anglaise.

Les personnes d'expression anglaise ont signalé les moyens suivants de communication pour l'information qu'elles recevaient :

- circulaires dans les lieux publics (78,5 %)
- appel téléphonique ou visite (22,3 %)
- site Web (20 %)
- réunions publiques (11 %)

Voici certains contrastes précis :

- parmi les jeunes adultes, 37,5 % de la population d'expression française avait reçu de l'information par la voie des sites Web, tandis que ce pourcentage n'était que de 18,5 % pour la population d'expression anglaise;
- parmi les jeunes adultes, 46,4 % des personnes d'expression française avait reçu de l'information par un appel téléphonique ou une visite, tandis que ce chiffre n'était que de 25,9 % pour la population d'expression anglaise;
- chez les personnes à faible revenu (moins de 30 000 dollars par an), 42 % de la population d'expression française avait reçu de l'information par un appel téléphonique ou une visite, tandis que ce chiffre n'était que de 25,2 % pour la population d'expression anglaise;
- parmi les personnes à faible revenu, 20,8 % de la population d'expression française avaient reçu de l'information par un site Web, tandis que ce pourcentage n'était que de 3,1 % pour la population d'expression anglaise;
- toutefois, toujours parmi les personnes à faible revenu, 68,5 % de la population d'expression anglaise a dit avoir reçu de l'information par des circulaires, tandis que ce chiffre n'était que de 48,5 % pour la population d'expression française.

Entre 2005 et 2010, les personnes d'expression anglaise ont noté une amélioration de la réception de l'information sur les programmes de promotion de la santé et de prévention. Dans les régions de Montréal-Laval, la proportion de la population d'expression anglaise qui a dit avoir reçu ce type d'information est passée de 19 % à 35 %. Dans les autres régions, elle est passée de 19 % à 30 %.

On a demandé aux répondants s'ils connaissaient un organisme communautaire dans leur région qui travaillait dans le domaine de la santé et des services sociaux :

- parmi la population d'expression anglaise, 25,2 % en avait connaissance, tandis que parmi la population d'expression française, la proportion était de 39,3 %;
- la population d'expression anglaise vivant à l'extérieur des régions de Montréal-Laval est à peu près deux fois plus nombreuse à en avoir connaissance que celle qui vit dans cette région;
- pour les deux groupes linguistiques, les répondants de plus de 60 ans étaient plus conscients des activités d'un organisme communautaire dans leur région qui fait la promotion de la santé et des services sociaux par rapport aux autres groupes d'âge;
- la plus forte variation entre les groupes linguistiques se situait dans les groupes d'âge de 30 à 59 ans. Tandis que 40,6 % de la population d'expression française en avaient connaissance, seulement 21,6 % de la population d'expression anglaise a dit en avoir connaissance.

4.4.3.3 Établissements et emploi de l'anglais

Les participants de la consultation ont fait des commentaires à la fois sur la possibilité de s'exprimer en anglais dans les établissements publics, ainsi que sur l'information imprimée, les annonces faites par les systèmes de sonorisation et sur l'affichage en anglais.

Les participants ont parlé de la réticence de certains employés des établissements à parler anglais. Dans certaines situations, cela semblait s'expliquer par une incapacité linguistique. Dans d'autres situations, les participants ont fait une distinction entre la capacité et la volonté, et ont expliqué la réticence à parler anglais par l'attitude voulant que les employés ne doivent pas ou n'ont pas à parler anglais, même s'ils le peuvent.

> *Il se pourrait que certains membres du [personnel] ne parlent que français parce qu'ils s'abritent derrière la loi… Le système est bon, la qualité des services est bonne, mais l'attitude envers l'anglais….*
>
> – Usager des services dans une région urbaine

Les participants ont parlé des efforts déployés par l'ensemble d'un service ou par un employé en particulier qui devait faire face à la nécessité d'utiliser l'anglais même si leur capacité collective ou individuelle à le faire était rudimentaire. Les participants ont souvent fait le commentaire que pour certains services, ils essayeraient de trouver quelqu'un de plus compétent en anglais, que ce soit en personne ou au téléphone. Dans un petit nombre d'établissements, les participants et les informateurs clés ont décrit l'utilisation de macarons de couleur ou de cartes d'identification que portait le personnel pour signaler leur capacité de travailler en anglais. Les participants ont exprimé leur appréciation de ces efforts comme compensant l'inconvénient de devoir attendre.

> *Si je vois que vous faites un effort pour me parler anglais, je vais essayer de faire la moitié du chemin.*
>
> – Usager d'une région rurale ou éloignée

Toutefois, certaines de ces solutions comportent d'autres problèmes. Les participants qui en ont parlé ont mentionné qu'on faisait quelquefois appel à du personnel d'autres catégories pour traduire, ce qui soulève des questions quant à la capacité de ces personnes de traduire exactement l'information et quant à la confidentialité de l'information échangée sur le patient ou le client. Plusieurs participants ont indiqué qu'ils amenaient toujours avec eux un membre de leur famille francophone lorsqu'ils se rendaient dans un établissement ou que l'établissement s'adressait au membre d'expression française de la famille du patient. L'exactitude de la traduction peut également être remise en question dans ces circonstances. Certaines situations donnaient parfois lieu à des moments délicats, car les enfants découvraient ainsi sur leurs

parents des choses qu'ils ignoraient jusque-là. En pareille circonstance, les patients sont parfois contraints, par inadvertance, de divulguer de l'information personnelle. Le patient risque de se sentir mal à l'aise et peut toujours interrompre la consultation, mais il ne sera pas toujours prêt à renoncer au traitement ou à l'information dont il a besoin. Les informateurs clés ont parlé de certains groupes communautaires qui empêchent leurs bénévoles de faire un travail de traduction à cause du souci d'exactitude et de confidentialité.

Il y a quelques années, lorsque j'ai dû aller dans [un centre régional] pour me faire opérer, rien ne se passait en anglais. Ils ont dû appeler quelqu'un dans la rue pour traduire pour moi. On a demandé à une femme qui marchait dans les couloirs – quelqu'un qui venait rendre une visite – de traduire pour moi. C'était effrayant parce que je ne savais pas ce qu'ils allaient me faire.

– Patient d'une région rurale ou éloignée

Certains participants ont dit se faire poser des questions ou entendre des commentaires critiques, de manière directe ou indirecte, sur leur réticence, leur incapacité ou leurs limites dans l'emploi du français. Ils ont dit avoir été contrariés par ces commentaires qui remettaient en question la mentalité de la personne d'expression anglaise qui n'employait pas le français et qui ne l'améliorait pas. Sous leur forme la plus abrupte, ces commentaires transmettaient le message suivant : Vous êtes au Québec et vous devez vous exprimer en français.

Je me suis plainte une fois de la documentation que nous recevons en français et on m'a dit que je devais apprendre le français.

– Participant d'une région rurale ou éloignée

Comme nous l'avons déjà mentionné, les participants ont décrit une hiérarchie de la disponibilité relative de services en anglais dans les établissements publics. C'est chez les professionnels qu'on avait le plus de chance de trouver des personnes bilingues. Cette disponibilité diminue au fur et à mesure qu'on descend dans la hiérarchie et dans le niveau de responsabilité. Comme mentionné auparavant, le bilinguisme chez les infirmières a été signalé comme étant assez général, mais pas dans les mêmes proportions que chez les médecins. C'est parmi le personnel des services, les techniciens et les réceptionnistes que les participants ont dit constater l'absence d'anglais le plus fréquemment.

Les hôpitaux de Montréal étaient plus nombreux à offrir un service en anglais mais de manière moins générale dans les hôpitaux traditionnellement associés à la collectivité d'expression française. Un petit nombre d'établissements des régions rurales et éloignées s'est distingué, d'après les rapports des participants, comme présentant un degré élevé de disponibilité de services en anglais et une volonté manifeste de les fournir.

Les informateurs clés ont parlé de l'absence relative de tout registre de plaintes sur les problèmes d'accès aux services en anglais. Ils ont l'impression que les usagers ne croient pas que le mécanisme de plaintes changera quoi que ce soit à la situation.

Les participants ont signalé le manque relatif de documents imprimés en anglais. D'autres ont parlé de recevoir de la documentation en anglais, ce qui a abouti à la spéculation suivante : une certaine documentation existe mais elle n'est pas distribuée également, et son existence parmi la population et les prestataires de services n'est pas toujours connue de la même façon.

Les participants ont dit se faire présenter des formulaires de consentement en français qu'on leur demandait de signer lorsqu'il n'y avait pas de formulaires en anglais disponibles ou qu'on ne les trouvait pas. Ils ont également parlé de fiches d'information pour demander de l'information médicale à des patients qui n'existaient qu'en français.

Les participants ont également signalé des difficultés avec les annonces transmises par les systèmes de sonorisation des établissements. Ils ont parlé de messages qui les concernaient mais qui leur avaient échappé parce qu'ils ne les avaient pas compris, ou parce qu'ils n'avaient pas reconnu leur nom lorsqu'on les appelait, à cause de la mauvaise prononciation.

Ils ont également parlé avec irritation du manque d'affichage en anglais. Plusieurs d'entre eux ont exprimé l'opinion suivante : même si les services ne sont pas offerts en anglais, l'affichage en anglais les aiderait quand même à circuler dans l'établissement pour trouver le bon service, surtout lorsqu'ils sont envoyés dans une ville ou un établissement qu'ils ne connaissent pas. Ils ont suggéré des solutions telles que l'utilisation de pictogrammes ou d'autres moyens pour éviter tout conflit avec la loi linguistique en vigueur. Certains participants ont raconté comment ils dessinaient des diagrammes et les montraient aux gens qu'ils rencontraient à l'hôpital, en espérant obtenir des directives qui ne dépendent pas de leur compréhension de la langue.

Personne ne parle anglais ici. Si je trouve quelqu'un qui parle anglais, je vais le suivre partout dans l'hôpital.

– Patient d'un hôpital venant d'une région rurale ou éloignée

Les participants de diverses régions ont fait part de leur frustration quant aux arbres inversés dans les systèmes de réponses téléphoniques des établissements qui offrent la possibilité de sélectionner l'anglais. Toutefois, quand on le fait, le menu se poursuit en français. Ils ont expliqué que ce n'est que lorsque le menu permet de parler à quelqu'un qu'ils ont vraiment la possibilité de demander le service en anglais. Si cette personne ne parle pas anglais, elle vous propose de trouver quelqu'un qui en est capable ou de demander à un professionnel d'expression anglaise d'appeler le patient ou le client plus tard.

Dans certaines régions, les participants et les informateurs clés ont dit à quel point ils avaient observé un changement positif dans un établissement de leur région quant à l'accès aux services en anglais. Ils ont attribué ce changement à diverses mesures prises pour favoriser les efforts des établissements de la région, y compris l'Agence et ses programmes d'accès. Ils ont également attribué cet état de choses à l'organisation communautaire anglophone de leur région ou à la population de la région qui prend contact avec le réseau et lui exprime ses besoins.

Dans d'autres régions, les informateurs clés ont exprimé une certaine réserve quant à la façon dont le réseau institutionnel réussissait à utiliser les fonds fédéraux pour appuyer l'accès aux services en anglais, parce que leur connaissance de la situation et des besoins de la population d'expression anglaise est insuffisante. Un informateur clé a expliqué comment l'organisme de planification à l'échelle locale avait proposé que la collectivité s'occupe du financement d'un service particulier pour lequel la version française est financée par les deniers publics.

Certains informateurs clés ont dit que les établissements étaient peut-être plus à même d'offrir le service en anglais que les usagers d'expression anglaise ne pouvaient le penser, mais que ceci ne serait offert que sur demande et, par conséquent, à condition que l'usager d'expression anglaise soit prêt à en faire la demande. Un autre informateur clé a fait remarquer qu'un établissement peut se faire une mauvaise réputation parmi les usagers d'expression anglaise qui est peut-être justifiée au moment même, mais qui risque de fausser les tendances d'utilisation des services qui continuent d'être à la traîne et de masquer les améliorations.

Les informateurs clés des organismes communautaires ont exprimé leur mécontentement parce qu'ils ne peuvent pas savoir avec précision à quelle fréquence les services sont requis en anglais et comment la demande est accueillie. Ils doivent compter sur les rapports des personnes à titre individuel. Ceci entrave le processus de défense de leurs intérêts et de planification de leurs activités.

Selon les commentaires des participants des consultations, la prestation des services en anglais semble dépendre de trois facteurs principaux :

- l'intention de l'établissement ou de la clinique de veiller à ce que les services soient fournis en anglais;
- la capacité et la volonté du personnel de le faire;
- la proportion selon laquelle les clients d'expression anglaise du système demandent le service en anglais.

Les deux premiers facteurs sont traités par la voie des plans d'accès régionaux. Quant au troisième, il relève des Québécois d'expression anglaise et semble avoir diminué selon les sondages.

D'après les sondages :

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2005), les collectivités d'expression anglaise du Québec affichent les plus faibles taux de satisfaction quant aux soins de santé et à domicile par rapport à d'autres populations des langues officielles partout au Canada[14].

Cette enquête posait aux répondants d'expression anglaise plusieurs questions concernant la langue de service. On leur demandait entre autres s'il était important de recevoir les services en anglais ou si le service en français était acceptable. Les cinq types de situations relatives à la santé considérés et le pourcentage des répondants qui jugaient le service en anglais comme très important sont les suivants :

- médecin dans une clinique ou un cabinet privé (81,1 %)
- CLSC/CSSS autre qu'Info-Santé (77,9 %)
- Info-Santé (82 %)
- salle d'urgence ou clinique externe à l'hôpital (86,6 %)
- séjour de 24 heures à l'hôpital (85 %)

L'éventail des réponses sur le service en anglais variait beaucoup parmi les régions :

- par un médecin dans une clinique ou un cabinet privé (27,5 % à 97,7 %)
- dans un CLSC/CSSS (7,1 % à 78,2 %)
- par Info-Santé (12,8 % à 84,2 %)
- dans une salle d'urgence ou une clinique externe d'un hôpital (12,6 % à 84,4 %)
- pendant un séjour de 24 heures à l'hôpital (4,3 % à 91 %)

Les répondants ont dit s'être fait offrir le service en anglais dans les proportions suivantes :

- par un médecin dans une clinique ou un cabinet privé (88,3 %)
- pendant un séjour de 24 heures à l'hôpital (85,1 %)
- dans une salle d'urgence ou clinique externe à l'hôpital (77,7 %)
- dans un CLSC/CSSS (68,9 %)
- par Info-Santé (63,3 %)

Le sondage demandait également aux répondants si oui ou non ils se sentaient à l'aise pour demander des services en anglais auprès des établissements de santé publique et de services

---

[14] CCESMC (2007). « *Bâtir sur les fondations – Améliorer les résultats pour la santé et accroître la vitalité des communautés anglophones du Québec* », recueil des données démographiques et sur les déterminants de la santé relativement aux communautés anglophones du Québec. Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire, Santé Canada, Ottawa.

sociaux, et les interrogeait sur les raisons pour lesquelles ils ne se sentaient pas à l'aise pour faire ce genre de demande. Si l'on compare les résultats des enquêtes de 2005 et 2010, on observe que la proportion de la population d'expression anglaise qui s'est dite « à l'aise » pour demander les services en anglais avait diminué, tant à Montréal-Laval que dans le reste du Québec. Parmi ceux qui se sont dit peu à l'aise pour demander des services en anglais, la perception que ce genre de demandes « impose un fardeau aux prestataires de services » a revêtu une importance croissante, passant de 29% à 42% à Montréal-Laval et de 39% à 43% dans le reste du Québec.

4.4.3.4 Les professionnels et l'emploi de l'anglais

Tel que mentionné plus haut, les participants de la consultation perçoivent les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les ophtalmologistes comme plus susceptibles d'être bilingues et plus susceptibles d'employer l'anglais que les autres groupes de professionnels et du personnel du réseau[15]. Ceci veut dire que si l'on peut trouver un médecin, la probabilité que ce médecin parle anglais est relativement forte. Les participants ont exprimé leur inquiétude quant à la difficulté de l'examen de français que les médecins formés à l'étranger doivent réussir, percevant cet état de choses comme réduisant la possibilité de recruter des médecins qui parlent anglais.

Ils ont décrit plusieurs occasions où ils ont entendu des commentaires sur leurs lacunes en français de la part des médecins, semblables à ceux qui étaient mentionnés dans la section précédente et qui avaient été formulés par le personnel des établissements. Ces participants étaient contrariés par ces remarques. Dans deux régions rurales très distinctes, les participants ont dit connaître des médecins qui parlent anglais mais qui refusent de le faire.

Les participants ont décrit des situations où les membres de la famille ont dû servir d'interprètes entre le patient et le professionnel, ce qui soulève les mêmes inquiétudes que celles qui sont mentionnées dans la section précédente à propos de l'exactitude et de la confidentialité.

4.4.3.5 Disponibilité inégale des services en anglais

Les participants ont parlé de la façon dont les services sont plus disponibles en anglais près des grandes régions urbaines, ce à quoi il faut s'attendre étant donné la répartition de la population d'expression anglaise au Québec et l'histoire des établissements qui répondent aux besoins de cette population. Toutefois, il y a eu quelques surprises :

- les participants aînés de l'est de l'île de Montréal, tout en décrivant un accès relativement bon aux services en anglais, ont qualifié le déplacement jusqu'au centre de Montréal d'une véritable expédition plutôt que d'un simple trajet jusqu'au cabinet du médecin;

[15] Cette tendance est analysée de manière plus approfondie dans Trempe, Normand et Lussier, Marie-Hélène (2011). La langue, déterminant de l'état de santé et de la qualité des services : *La connaissance et l'utilisation de la langue anglaise par les professionnels de la santé et services sociaux au Québec.* Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ).

- les participants de l'autre côté du fleuve par rapport à Montréal ont indiqué une certaine difficulté à avoir accès aux services en anglais qui semblait contraster fortement avec la proximité géographique apparente de Montréal. C'est comme s'ils vivaient beaucoup plus loin;
- les participants des régions rurales, dont les caractéristiques semblaient assez similaires (population d'expression anglaise peu nombreuse, loin de Montréal) ont relaté des expériences sensiblement différentes. Comme on pouvait s'y attendre, d'aucuns ont évoqué la difficulté de trouver des services en anglais. D'autres, dans des circonstances similaires, ont parlé d'une plus grande facilité d'accès aux services et d'une plus grande volonté de la part de l'établissement, voire parfois de plusieurs, de trouver des moyens de fournir des services, même si les résultats comportaient encore des limites.

Les commentaires des participants ont également révélé, parmi la population de la même région, des différences de connaissance de la disponibilité des services en anglais, ce qui se traduit par un accès inégal.

D'autres participants de certaines régions – à la fois rurales et urbaines – ont dit avoir remarqué un changement positif dans les établissements de leur région au cours des dernières années quant à la disponibilité du personnel qui parle anglais, et quant à l'existence de l'information en anglais. Ils ont signalé l'interaction entre la collectivité et l'établissement ou les établissements, qui comportait parfois l'intervention des groupes communautaires, et qui, selon eux, avait contribué à cette amélioration.

4.4.3.6 Situation des communautés des Premières Nations d'expression anglaise

Et merci à vous tous d'avoir inclus la perspective des Premières Nations. Nous avons certes une vision différente et plus large des choses dans la plupart des cas… [parce que] *nous avons encore des guérisseurs et des guérisseuses dans le village que nous consultons très souvent.*

– Participant d'une communauté semi-urbaine des Premières Nations

Les participants et les informateurs clés de la consultation ont confirmé que les communautés des Premières Nations et leurs membres se heurtent à peu près aux mêmes obstacles quant à l'accès que les autres collectivités d'expression anglaise, mais que certains obstacles sont plus difficiles à surmonter que d'autres à cause des différences linguistiques et culturelles, de la situation socioéconomique défavorisée et du racisme.

Tel que mentionné précédemment, certains CLSC ou CSSS ont signifié aux populations des réserves des Premières Nations que leurs communautés avaient leurs propres cliniques et que c'était là qu'elles devraient se présenter. Certains membres des réserves des Premières Nations sont très conscients que s'ils parlent anglais dans un établissement local de santé, tout le monde saura qu'ils sont également membres des Premières Nations parce qu'ils sont la seule collectivité d'expression anglaise de ce secteur. Les informateurs clés font remarquer que les manifestations de racisme envers les peuples des Premières Nations sont toujours prêtes à surgir et qu'elles sont difficiles à régler.

À l'instar des personnes d'expression anglaise dans les régions éloignées, les populations des réserves des Premières Nations, que ce soit les aînés ou les jeunes qui exigent des services en établissement à long terme à cause de leur état de santé, se heurtent parfois à un choc à la fois linguistique et culturel et à une perte culturelle lorsqu'on les envoie à l'extérieur de la réserve. De nombreux services spécialisés, notamment d'accouchement, d'oncologie et de soins palliatifs, sont donnés loin de la réserve et comportent les mêmes effets en termes de coûts et de sentiment d'isolement qui est encore plus aigu. Les communautés des Premières Nations se heurtent exactement aux mêmes obstacles d'accès aux services destinés aux jeunes en crise, ainsi qu'aux services d'orthophonie, en cas de dépendance ou de santé mentale.

Certaines populations des réserves des Premières Nations vont chercher des services dans les provinces voisines et se heurtent aux mêmes problèmes complexes de paiement que les autres collectivités d'expression anglaise. Selon les participants, certaines dispositions spéciales peuvent parfois être prises pour les Québécois des Premières Nations afin qu'ils puissent obtenir des services dans une autre province mais cela risque de rendre la situation encore plus complexe. Pour un membre des Premières Nations qui cherche un accès aux services en anglais, le recours à des ressources dans la province voisine semblait la situation la plus compliquée quant à l'accès parmi toutes celles qui ont été décrites dans les groupes de consultation.

> *Si nous relevons des Affaires indiennes, nous devrions pouvoir aller n'importe où – aucune frontière.*
>
> – Participant d'une communauté rurale ou éloignée des Premières Nations voisine d'une autre province

Selon les participants et les informateurs clés, divers obstacles à l'accès risquent de renforcer l'impression que la communauté des Premières Nations et ses membres sont plus isolés, ce qui fait en sorte que les membres ne cherchent plus de traitements plus complexes lorsqu'ils en ont besoin. Même si certaines personnes d'expression anglaise de certaines régions ont parlé de collaboration entre leurs communautés et le réseau, les informateurs clés des Premières Nations ont l'impression qu'ils ne constatent aucun signe d'ouverture constante envers leurs communautés dans les discussions relatives à la planification du réseau, ni envers leur méthode traditionnelle de guérison que certains membres des Premières Nations préfèrent.

Il semble que la profession médicale est parfois robotisée. À quoi tient la guérison ? Parfois, vous touchez une personne et vous la guérissez par l'amour.

– Participant d'une communauté semi-urbaine des Premières Nations

Les informateurs clés pensent que les services offerts dans les réserves d'expression anglaise, que ce soit par le biais de Santé Canada ou du réseau du Québec, ont tendance à être à la traîne parce qu'ils se font en anglais et à cause de la difficulté d'obtenir des documents en anglais.

4.4.3.7 Comparaison des systèmes francophone et anglophone

De nombreux participants et informateurs clés des Premières Nations se sont dits convaincus que le réseau francophone est supérieur quant à ce qu'il peut offrir à ses patients ou clients. Un très petit nombre de personnes d'expression française ont assisté au groupe de consultation pour diverses raisons. À l'instar d'une poignée de personnes d'expression anglaise qui décide de recourir au système francophone, ils étaient tous d'avis que certains problèmes sont à peu près semblables dans les deux systèmes, surtout quand il s'agit des médecins de famille, de délais d'attente dans les cliniques et les urgences, et de soins aux aînés. Mais pour des services spécialisés non médicaux (ex. : orthophonie), les services sociaux et les services de santé mentale, il y a une différence considérable entre ce que les deux systèmes peuvent offrir quant à l'accès et aux délais d'attente. Cette perception était la même pour les services de prévention, surtout dans les régions rurales et éloignées.

Même si presque tous les participants ont affirmé que l'emploi de l'anglais était important pour eux dans l'accès aux services, certains ont dit trouver l'accès difficile ou impossible; ils ont l'impression que le réseau francophone est plus facile d'accès, ils éprouvent un sentiment d'isolement dans la société, et ils ont le sentiment d'appartenir à un groupe marginal qui ne bénéficie pas des mêmes avantages.

Dans ce contexte, un grand nombre de participants se sont dit convaincus que pour maximiser le degré auquel ils peuvent avoir accès aux avantages du système de soins de santé et de services sociaux, ils doivent, tout comme les membres de la collectivité d'expression anglaise, parler franchement. Ils voulaient dire par là que les personnes devraient demander le service en anglais lorsqu'elles croient que c'est important pour elles et devraient persister dans leur demande. Les participants et les informateurs clés croient également qu'il est important de le faire collectivement, que ce soit par la voie de forums communautaires avec les prestataires de services ou en participant à des organismes qui soutiennent la communauté d'expression anglaise.

Un informateur clé a fait le lien entre une expérience de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux d'une personne dans sa langue et de l'expérience du bien-être de leur collectivité. La personne voit dans cette expérience d'accès, qui est plus ou moins positive, un indice de la situation plus générale de sa collectivité.

Même si certains répondants d'expression anglaise se sont dits inquiets de l'avenir des services en anglais, d'autres ont parlé d'améliorations qu'ils ont constatées au cours des dernières années quant à la disponibilité des services en anglais dans leur région, et ils se disent optimistes face à l'avenir. Ils attribuent en général cet état des choses aux facteurs suivants :

- la volonté de certains professionnels et établissements de fournir ce genre de services;
- l'influence positive des organismes communautaires qui sont axés sur cette question;
- l'effet positif des programmes d'accès régionaux (aux soins de santé et aux services sociaux en anglais) exigés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec.

4.4.3.8 Services gouvernementaux connexes

Les participants ont dit que même si l'accès aux services en anglais dans le système de santé et de services sociaux s'avère parfois difficile, il l'est encore beaucoup plus lorsque les mêmes patients ou clients ont accès au système de services gouvernementaux connexes tels que l'aide sociale, le service d'emploi ou les prisons.

Des observations similaires ont été faites à propos des services de police qui sont un élément important des services d'intervention sociale (ex. : dans des situations de violence familiale ou de protection de la jeunesse). La police est aussi un prestataire important de certains services de prévention, tels que les campagnes anti-intimidation. Lorsque les agents affectés à ces services ne parlent pas anglais, et selon les participants, il n'y a aucune exigence dans ce sens, les services sont alors moins efficaces ou pas disponibles.

Les participants ont indiqué que les préposés du service 911 qui répondent aux appels provenant des régions rurales ou éloignées ne parlent pas toujours anglais.

Les participants ont évoqué les difficultés auxquelles ils se sont heurtés quand ils ont tenté de communiquer avec la RAMQ en anglais et de participer aux activités d'Héma-Québec lorsque la conversation en anglais est impossible et la documentation dans cette langue non disponible.

4.4.3.9 Occasions offertes aux personnes d'expression anglaise de travailler dans le système de santé et des services sociaux

La proportion selon laquelle les professionnels des soins de santé et des services sociaux d'expression anglaise travaillent dans le réseau est un facteur qui a des répercussions sur l'accès aux services en anglais.

Les participants sont d'avis que les Québécois d'expression anglaise ne peuvent travailler dans le système que s'ils sont suffisamment bilingues. Les participants croient que certains candidats d'expression anglaise possibles pour certains postes sont réticents à poser leur candidature parce qu'ils appréhendent les exigences ou croient qu'ils ne peuvent pas y répondre.

Même si ceci cadre avec la loi linguistique en vigueur, les participants ont signalé que les francophones unilingues n'ont pas besoin d'être bilingues et, selon eux, il s'agit d'une situation d'inégalité quant aux débouchés.

Les participants ont également souligné l'ironie de la situation lorsque les personnes d'expression anglaise ne peuvent avoir accès à un emploi dans un établissement s'ils ne respectent pas une norme de compétence en français, alors que ce même établissement connaît une pénurie de personnel pouvant desservir sa population d'expression anglaise. Ces participants ont demandé s'il n'y aurait pas une façon d'affecter ces candidats à la prestation de services à ces patients ou clients.

Outre certaines des préoccupations sur le personnel du réseau résumées plus haut, les participants perçoivent le stress dont souffrent les personnes qui donnent les services en anglais comme étant plus grand que d'autres parce qu'ils sont moins nombreux et que leur charge de travail est plus lourde.

Les participants ont dit constater que les jeunes quittent leur collectivité. Il ne s'agissait pas d'un commentaire sur leurs chances d'emploi dans le secteur de la santé et des services sociaux, mais plutôt d'un commentaire plus général comme quoi les jeunes d'expression anglaise n'étaient plus disposés à s'engager dans la vie communautaire.

Selon d'autres participants, lorsque les jeunes d'expression anglaise restent dans leur collectivité, les possibilités d'insertion au travail qui s'offrent à eux sont plus restreintes que pour leurs homologues d'expression française, ce qui pourrait nuire à leur capacité de trouver de l'emploi dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Les informateurs clés ont observé que les postes offerts dans le réseau ne sont généralement pas annoncés dans les médias anglophones, ce qui vient s'ajouter aux facteurs qui ont tendance à diminuer la présence des Québécois d'expression anglaise dans le réseau.

Les informateurs clés des Premières Nations croient que les obstacles à l'emploi dans le réseau sont encore plus grands pour les membres de leurs communautés.

5. Solutions auxquelles recourent les participants de la consultation pour surmonter les obstacles à l'accès :

En général, les Québécois ont trouvé différents moyens de surmonter les difficultés d'accès aux soins de santé et aux services sociaux. Les Québécois d'expression anglaise doivent être pourvus des mêmes ressources, sinon plus. Ils recourent à un grand nombre des méthodes suivantes pour relever le double défi de l'accès aux services, et de l'accès à ces services en anglais.

5.1 Déplacements pour obtenir un service

Les participants ont fait état de trois types de situations :

5.1.1 Déplacements obligatoires pour obtenir des services médicaux spécialisés ou autres

Ces situations comportent généralement de longues distances et des dépenses accessoires considérables, sans garantie que le service sera donné en anglais s'il est fourni dans un centre

urbain autre que Montréal. Les populations des Premières Nations font souvent face à ce genre de déplacements, tout comme les populations des régions rurales et éloignées. Les populations des régions éloignées peuvent avoir accès à des fonds qui sont octroyés par le MSSS aux agences régionales. Les membres des communautés des Premières Nations peuvent avoir accès aux mêmes fonds offerts par Santé Canada. Dans les deux cas, ces fonds sont limités. Ils compensent partiellement mais couvrent rarement complètement ces dépenses et exigent le respect des procédures prescrites.

Lorsque les déplacements conduisent les patients ou les clients dans des villes qu'ils ne connaissent pas, surtout lorsque le caractère de cette ville et de ses établissements est majoritairement francophone, un grand nombre de participants ont dit que cela augmentait considérablement leur stress. Certains organismes locaux ont mis sur pied des formes d'aide aux voyages, sachant que les gens de leur région doivent se déplacer pour recevoir les services d'un spécialiste ou pour avoir accès aux services en anglais.

> *Cela me stresse de devoir m'en aller. Vous ne savez pas comment dire une radio en français, vous ne savez pas où vous allez et personne ne peut vous le dire. Cela rend le stress encore plus pénible. Vous n'avez pas besoin d'un stress supplémentaire lorsque vous devez partir de chez vous pour recevoir un traitement médical.*
>
> – Patient d'un hôpital provenant d'une région rurale ou éloignée

5.1.2 Déplacements volontaires pour obtenir un service en anglais

Les distances à parcourir pour obtenir un service en anglais étaient généralement plus courtes et plus susceptibles de se faire près des centres urbains ou des provinces voisines. Ils comportent peut-être des dépenses supplémentaires. Un petit nombre de participants et d'informateurs clés ont indiqué que certains patients sont prêts à se déplacer assez loin (ex. : vers une autre province ou à Montréal) parce qu'ils ne font pas confiance aux services dans leur région, entre autres sur le plan de la qualité et de la langue.

> *La plupart d'entre nous vont chercher les services dans [une autre province] parce qu'ils sont d'expression anglaise. En ce qui concerne ma santé, je ne veux pas manquer un mot ici et là.*
>
> – Participant d'une communauté rurale éloignée des Premières Nations voisine d'une autre province

5.1.3 Déplacements volontaires pour éviter une longue attente

La décision de se déplacer pour éviter une attente sous-entend généralement une décision de se déplacer pour obtenir également le service en anglais. Ce genre de situation se produit généralement près des régions urbaines ou des provinces voisines et risque de donner lieu à des dépenses supplémentaires.

Les participants ont dit connaître des gens qui avaient déménagé d'une ville à une autre pour avoir accès à des services ou pour les obtenir en anglais. Dans le premier cas, citons à titre d'exemple la dialyse, qui n'est pas toujours disponible partout. Pour que le patient reçoive le service de dialyse, il doit absolument se déplacer ainsi et pourtant, cela perturbe trop sa vie si la distance est trop grande. Les exemples de déplacements pour améliorer l'accès aux services en anglais concernent les villes, pas nécessairement Montréal uniquement, où l'on sait bien par le bouche à oreille que la concentration des services en anglais est plus forte.

Dans deux régions, les participants ont dit devoir se déplacer pour obtenir des services médicaux dans la province voisine. Cela sous-entendait souvent que la personne payait pour une partie ou l'ensemble du service. Lorsque cette mesure était prise explicitement pour éviter une longue attente, cela sous-entendait que le service serait offert en anglais. D'autres participants ont indiqué leur désir de recevoir le service en anglais comme la raison explicite d'aller à l'extérieur de la province. En général, ils ont conclu que le service en anglais ne serait disponible qu'après une longue attente ou qu'il était complètement absent dans leur région, selon la nature du service.

Ceux qui choisissaient d'obtenir des services médicaux dans les provinces voisines le faisaient en sachant que les services remboursés nécessiteraient quand même une contribution de leur part à cause des différences de tarifs. Les tarifs du Québec sont considérés comme presque toujours les plus bas. Les frais de déplacements, qui étaient parfois considérables, venaient s'ajouter à ces frais, selon la distance. Les participants ont dit avoir essuyé occasionnellement un refus lorsqu'ils ont demandé un service dans la province voisine, le prestataire de services citant des retards du système de remboursement du Québec ou du refus du Québec de rembourser ces soins.

Il semble évident que tout déplacement facultatif pour obtenir un service sous-estime le service nécessaire dans une région donnée, et pourrait donner aux planificateurs une perception fausse et incomplète des besoins.

5.2 Utilisation de l'internet

Plusieurs participants ont parlé de l'utilisation de l'internet dans leur recherche de service. Plus précisément, ils ont dit le faire pour obtenir de l'information sur leur état médical ou d'autres situations et pour la traduction de termes qu'ils avaient entendus de la part des prestataires de service. Ils ont dit consulter « Dr Google ». Toutefois, l'internet ne semble pas être utilisé pour repérer les services disponibles en anglais.

Grâce à Dr Google qui parle anglais.

– Participant d'une région rurale ou éloignée

D'après les sondages :

Le sondage a posé plusieurs questions concernant l'information sur les services, notamment quant à savoir si l'information avait été reçue, de quelle source et par quel mode de communication. Cette question est étudiée de manière plus approfondie dans la section 4.4.2 traitant des problèmes d'accès aux services en anglais. Les résultats du sondage concernant l'utilisation de l'internet enrichissent le contexte des résultats des consultations. En général, les personnes d'expression anglaise sont beaucoup moins susceptibles de recevoir de l'information par la voie des sites Web que les personnes d'expression française. Une proportion beaucoup plus grande de jeunes d'expression française (37,5 %) reçoivent de l'information sur les services de la part des agences de santé publique par la voie d'un site Web que parmi les jeunes d'expression anglaise (18,5 %). Les personnes d'expression française à faible revenu (moins de 30 000 dollars) sont beaucoup plus susceptibles de recevoir de l'information sur les services à l'aide d'un site Web (20,8 %) que les personnes d'expression anglaise à faible revenu (3,1 %).

5.3 Demande de services en français

Certains participants ont dit qu'ils avaient décidé de demander les services en français. D'aucuns ont dit que la langue de service leur importait peu. Il s'agissait de gens qui maîtrisaient bien le français. D'autres ont dit renoncer à leur désir de se faire servir en anglais. C'est après avoir jugé qu'il valait mieux recevoir un service en français que de courir le risque de ne jamais le recevoir en anglais ou d'attendre beaucoup trop longtemps pour obtenir des services médicaux.

Toutefois, quelques exemples de cette stratégie ont été donnés dans le domaine des services aux personnes souffrant d'une déficience intellectuelle et aux jeunes ayant besoin de services d'orthophonie. Face à l'absence de services en anglais, les parents ont envoyé ces jeunes dans les services en français. Ce choix a eu parfois des répercussions sur l'ensemble de la famille. Le parent qui a pris la décision avait de la difficulté à communiquer avec les professionnels. Les grands-parents ou les autres membres de la famille ne pouvaient pas communiquer avec le jeune, qui a développé sa compétence linguistique en français plutôt qu'en anglais. Ces exemples ont été observés dans les régions rurales.

5.4 Entrer par des moyens détournés

Les participants ont parlé d'avoir accès à des services par des moyens détournés. Ils voulaient dire qu'ils avaient obtenu l'accès à un professionnel ou à un service grâce à une connaissance ou un membre de la famille qui avait réussi à persuader le professionnel ou le service de les recevoir. Parfois, cette connaissance ou le membre de la famille était un professionnel qui travaillait dans le réseau public de la santé et des services sociaux. Les participants considéraient qu'une personne ordinaire n'aurait pas un tel accès au service. Ce genre d'accès servait parfois à obtenir le service en anglais, mais parfois à obtenir le service même si c'était en français.

Pour beaucoup de services qui sont offerts, les moyens détournés sont nombreux. Si vous appelez, la secrétaire n'accepte personne. Si vous vous adressez à un groupe, ils connaissent quelqu'un à l'hôpital et vous réussissez à entrer par des moyens détournés. Le pauvre type qui ne connaît personne et qui appelle, parle à quelqu'un en français qui ne l'acceptera pas.

– Usager des services sociaux dans une région urbaine

5.5 Demande de soins privés

Les participants ont cité plusieurs raisons de recourir à des services payants privés :

5.5.1 Pour éviter une longue attente

Une raison fréquemment citée était d'éviter une longue attente. La langue était rarement mentionnée en même temps, mais constituait un facteur implicite. Personne n'a dit payer pour un service privé en français. La décision de faire appel au secteur privé signifiait que la personne pouvait choisir la langue de service qui, implicitement, était l'anglais.

Je n'irais pas à une salle d'urgence. Je payerais plutôt pour consulter un médecin dans le secteur privé. Je refuse d'attendre.

– Participant d'une région urbaine

Une variation sur ce thème avait trait au désir d'accélérer une évaluation ou un diagnostic nécessaire pour avoir accès à d'autres services s'ils s'avéraient requis.

5.5.2 Obtenir des services de qualité

D'autres participants ont précisé la raison de faire appel au secteur privé pour avoir accès à des services de bonne qualité, surtout dans le domaine social et psychologique. Implicitement, cela comporte le choix d'avoir accès au service en anglais.

5.5.3 Obtenir un service en anglais

Pourtant, d'autres participants, quand ils évoquent la possibilité de faire appel au secteur privé, relient explicitement cette décision à leur désir de recevoir le service en anglais, qu'ils ont défini comme étant soit disponible seulement après une longue attente, soit complètement inexistant dans leur région, selon la nature du service en question.

Aucun orthophoniste. On me dit qu'il y a pénurie au Québec. Nous payons de notre poche pour obtenir les services par la voie du secteur privé.

– Parent d'une région urbaine

D'autres participants ont évoqué le choix de payer pour les services comme étant une possibilité qui leur était offerte, mais ne le faisait pas parce que le coût était trop élevé.

Est-ce que je sers à manger sur la table ou est-ce que je paye un traitement pour mon enfant ?

– Parent d'une région urbaine

Les participants ont dit qu'un système à deux vitesses était déjà en place. À titre de preuve, ils ont évoqué le fait que certains délais d'attente pour une évaluation (ex. : pour une colonoscopie), ou même pour une intervention chirurgicale, peut être considérablement réduit si l'on est prêt à payer.

La réalité, c'est qu'il s'agit d'un système à deux vitesses.

– Participant d'une région semi-urbaine

5.6 S'adresser à un organisme communautaire

Si vous n'élevez pas la voix, vous n'obtiendrez rien. Vous devez parler haut et fort.

– Informateur clé d'une région rurale ou éloignée

Les participants des groupes de consultation ont dit s'être adressés à des organismes communautaires pour voir comment ils pouvaient avoir accès aux services en anglais. L'organisme n'avait peut-être pas la réponse mais le fait que les gens appellent indique qu'il y a un besoin qui pourrait donner lieu à une réponse plus tard. Certains participants ont parlé d'organismes communautaires qui offrent des programmes précis d'aide à l'accès (ex. : brochures pour aider les patients qui doivent se rendre dans une autre ville pour recevoir des services spécialisés) ou de programmes de prévention.

Le financement de Santé Canada est venu gruger le système de soins de santé pour la collectivité d'expression anglaise… vers le bas, vers le haut et au milieu dans tous les secteurs.

– Informateur clé d'une région rurale ou éloignée

Les informateurs clés d'organismes communautaires ont parlé de la façon dont les investissements fédéraux leur avaient jusqu'à présent permis de devenir des joueurs plus crédibles en matière d'accès aux services en anglais. Selon eux, cela leur a permis d'établir leur crédibilité auprès des membres de la collectivité d'expression anglaise et des établissements du réseau du MSSS. Ils ont ajouté que les initiatives qu'ils prennent sont souvent perçues par l'établissement comme l'aidant à mieux s'acquitter de son mandat envers une population qui est parfois difficile à desservir à cause de la langue. Un grand nombre d'entre eux ont indiqué que les liens entre la collectivité, les organismes communautaires et le réseau institutionnel constituent un partenariat qui exige patience et persévérance pour se développer et qui doit être envisagé à long terme.

Certains ont parlé des centres d'aide sociale que leurs organismes communautaires ont créés, en particulier des forums organisés de savoir-faire et d'information sur différentes situations psychosociales et médicales courantes et importantes. Ces événements sont annoncés et répétés. Comme mentionné précédemment dans ce rapport, certains organismes communautaires ont mis sur pied des formes d'aide au déplacement, sachant que les gens de leur région doivent se déplacer pour recevoir des services spécialisés ou pour avoir accès à des services en anglais.

D'après les commentaires des participants et des informateurs clés, il était évident que certaines communautés des Premières Nations ont également joué un rôle semblable à celui des organismes communautaires, en intervenant pour sensibiliser les établissements de la région aux besoins des membres de leur communauté et en leur offrant parfois la participation bénévole pour aider les membres de la communauté à s'y retrouver dans le système de services.

6. Priorités spécifiques définies par les participants de la consultation

Dans le cadre des groupes de consultation, on a demandé aux participants et aux informateurs clés quelles étaient leurs priorités pour les cinq prochaines années quant à l'accès aux soins de santé et aux services sociaux en anglais. Certaines des priorités qu'ils ont citées n'étaient pas toujours d'ordre linguistique. Certaines portaient sur l'élément du système de services qui préoccupait le plus le répondant à ce moment-là, par opposition aux priorités qui tiennent compte de la situation générale des services. Ce ne sont pas tous les objectifs et priorités qui relèvent de la feuille de route pour la dualité linguistique canadienne. Voici un résumé des priorités :

6.1 Priorités concernant les soins de santé et les services sociaux en général

- plus de médecins de famille;
- meilleur accès aux examens;
- meilleur accès aux spécialistes.

Ma priorité c'est d'avoir un médecin, même si j'ai besoin d'un dictionnaire. –

Participant d'une région rurale ou éloignée

- plus de cliniques et heures d'ouverture plus longues des cliniques pour éviter les longues attentes et le recours aux salles d'urgence;
- éviter de laisser un médecin seul de garde. Un cas majeur paralyse le service;
- meilleures dispositions pour assurer un bon suivi des soins médicaux, surtout en ce qui concerne le lien entre les cliniques et les services d'urgence, et le spécialiste;
- certains participants ont suggéré que l'informatisation pourrait simplifier la gestion des recommandations à un autre spécialiste, que ce soit dans le domaine des services médicaux ou sociaux;
- nombre accru et élargissement du champ d'action des infirmières praticiennes : leur permettre d'exécuter une plus grande variété de tâches; elles allègeraient ainsi la pression qui s'exerce sur les médecins, ce qui les rendrait encore plus disponibles, elles offrent des services de qualité et elles sont souvent bilingues.

On pourrait changer le système de triage : donner un peu plus de responsabilités aux infirmières. Je ne dis pas qu'une infirmière devrait faire une opération à cœur ouvert, mais il y a certaines choses qu'elles peuvent faire pour accélérer les choses.

– Participant d'une région semi-urbaine

- plus de prévention;
- meilleure capacité interprovinciale de transférer l'accès aux services;
- attentes moins longues à Info-Santé;
- meilleur soutien au personnel du réseau pour atténuer le stress;
- plus de services de santé mentale.

Psychologues – bilingues – et services de santé mentale.

– Participant d'une région rurale ou éloignée

Les participants des Premières Nations avaient des préoccupations bien particulières, notamment :

- meilleure complémentarité entre les services donnés sur la réserve et financés par Santé Canada, et les services donnés sur la réserve et en dehors par le système de services québécois;
- attention à des problèmes bien précis, dont la gravité est perçue par les informateurs clés comme s'accélérant rapidement :
  - toxicomanie
  - cancer
  - santé mentale
  - suicide
  - diabète
  - maladie coronarienne
  - crises familiales : violence familiale, soins des aînés et violence à leur égard, placement des enfants
  - insuffisance rénale
  - accès à de l'eau potable

6.2 Priorités concernant les aînés

Bon nombre de ces priorités s'appliqueraient également aux services fournis aux aînés en français :

- plus de services pour les aînés, y compris des services de soutien au bien-être et à la mise en forme de base;
- plus de soins à domicile pour les aînés;
- plus de soutien aux aidants naturels.

6.3 Priorités concernant l'accès aux services en anglais

- plus de personnel bilingue, surtout chez les professionnels en contact avec les patients ou clients;
- plus d'accent sur le bilinguisme à la réception pour aider les gens à s'orienter;
- meilleur accès aux services de lutte contre la dépendance, en anglais;

- organisation d'un service de réception dans les villes et villages où viennent des personnes d'expression anglaise d'ailleurs pour avoir accès à des services médicaux spécialisés. Les aider à négocier avec la ville, trouver un logement et avoir accès à l'établissement où ils recevront les services;
- dans les établissements où l'on sait que les personnes d'expression anglaise iront demander des services, créer un service de traduction;
- les participants ont trouvé diverses façons qui leur sembleraient valables pour s'exprimer ouvertement sur l'accès aux services en anglais :
  - individuellement;
  - en tant que collectivités;
  - dans les communautés;
    - en s'adressant aux prestataires de services à titre individuel et aux équipes;
    - en étant en contact avec la direction du réseau institutionnel et en participant à sa direction;
    - en appuyant les organismes communautaires qui se chargent de défendre les intérêts des collectivités d'expression anglaise du Québec et en participant à ces organismes.

D'après les sondages

Dans le cadre du sondage, on a demandé aux répondants comment ils entrevoyaient leurs besoins de soins de santé et de services sociaux au cours des cinq prochaines années. La question du sondage était la suivante : « Vous attendez-vous à ce qu'au cours des cinq prochaines années, vous ou une personne que vous connaissez ou dont vous vous occupez aurez besoin de l'un ou l'autre des services suivants ? » (établissement public de soins de longue durée, programme public de soins à domicile, résidence privée ou foyer de soins infirmiers privés, services de soins infirmiers privés à domicile). Une forte proportion (47,3 %) des personnes de 65 ans et plus entrevoyaient le besoin de faire appel à un programme public de soins à domicile au cours des cinq prochaines années. Parmi elles, 28,7 % sont unilingues anglophones. Parmi les personnes de 65 ans et plus, 45,3 % entrevoient d'avoir besoin d'un établissement public de soins de longue durée, 40,3 % de services de soins infirmiers privés à domicile et 37 % d'une résidence privée ou d'un foyer de soins infirmiers privés.

Les répondants du sondage se sont également fait poser la question suivante : « Avez-vous l'impression qu'il serait très important de recevoir ces services (ci-dessus) en anglais ou serait-il acceptable de recevoir le service en français ? » En réponse à cette question, 82,5 % des femmes d'expression anglaise et 73,5 % des hommes d'expression anglaise ont jugé très important de recevoir les services en anglais dans l'avenir.

7. Cinq champs généraux d'action prioritaires pour l'avenir

L'examen par les consultants des résultats des consultations et des sondages a permis de cerner cinq priorités stratégiques générales pour l'avenir :

7.1 Adaptation des ressources humaines

L'existence des ressources humaines d'expression anglaise au sein du réseau qui répondent aux besoins des Québécois d'expression anglaise semble cruciale pour améliorer leur satisfaction. Des initiatives existantes en formation linguistique ont été accueillies favorablement. Les participants et les informateurs clés ont dit être conscients que la formation avait eu lieu et ils l'ont qualifiée de facteur qui a contribué à améliorer le service. Compte tenu du taux de roulement et de la mobilité au sein du réseau, la formation linguistique sera probablement un besoin continu.

À long terme, les établissements ont besoin de soutien pour pouvoir recruter du personnel, auprès de n'importe quelle communauté linguistique qui puisse répondre aux besoins de la population d'expression anglaise. Des mesures telles que des stages pratiques adaptés pour les étudiants qui suivent des programmes de formation professionnelle en anglais en sont un exemple. Il faudra en trouver d'autres et tenter de les concrétiser.

7.2 Adaptation des services locaux aux besoins locaux

Le réseau des soins de santé et des services sociaux et de ses établissements ne font pas toujours face aux mêmes problèmes exactement quand il s'agit d'assurer l'accès aux services en anglais. La grande variation d'expériences signalées par les participants de la consultation corrobore cette opinion. Le plan d'accès régional est un instrument qui permet aux agences de planifier leurs services offerts à la population d'expression anglaise. Un examen périodique de ce plan prévoit un mécanisme d'ajustement. Les agences ont besoin d'une certaine marge de manœuvre pour piloter l'adaptation des services aux fins d'améliorer l'accès des collectivités d'expression anglaise d'une façon qui tienne compte des conditions sur place. Les cinq objectifs prioritaires du plan stratégique du MSSS (2010-2015) offrent un cadre qui permet de préciser les priorités locales[16]. Une certaine souplesse permet aux agences de se concentrer au moins sur deux domaines qui sont ressortis comme étant problématiques au cours de la consultation.

Le premier consiste à intégrer plus harmonieusement les services accessibles aux populations des Premières Nations. L'on pourrait penser que ces populations ont un avantage parce qu'elles sont sans aucun doute bénéficiaires de deux systèmes (fédéral et provincial). Toutefois, les

[16] Les domaines prioritaires sont les suivants : action en amont des problèmes et réduction des inégalités, primauté des services de première ligne, délais raisonnables pour l'accès aux services, ressources humaines et gestion des coûts du système. *Plan stratégique MSSS* 2010-2015 : http ://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf

problèmes de coordination des deux systèmes et le manque d'adaptation de services locaux aux besoins des Premières Nations, entre autres, peuvent s'avérer un handicap.

Le deuxième a trait au très long délai d'attente et, parfois, à l'inaccessibilité totale des services en anglais pour certains types de problèmes, qui menacent parfois réellement et sérieusement la santé et le bien-être des personnes. En général, l'accès aux services en anglais est en quelque sorte plus facile pour les services de santé que pour d'autres types de services dans lesquels le principal outil est la langue (ex. : santé mentale et autres services psychosociaux, services sociaux, thérapies du langage). Les agences ont besoin d'un soutien souple pour combler ces lacunes d'accès, le cas échéant.

7.3 Présence de l'information sur les services en anglais

Les participants de la consultation ont mentionné à maintes reprises la difficulté de trouver de l'information complète et à jour sur les services existants en anglais. L'information se transmet encore parfois par le bouche à oreille. L'information en question a trait aux services du réseau public des établissements, des professionnels en pratique privée et des services offerts par les organismes communautaires. Les personnes et les collectivités mettent constamment à jour leurs listes de ressources et de contacts. Au delà de la présence réelle de services en anglais, la disponibilité constante d'information à ce sujet est probablement le facteur le plus déterminant pour savoir si le service est obtenu en anglais. Ce besoin d'information sur les services en anglais pourrait être comblé par une intervention structurée et durable qui permettrait aux sources d'information (prestataires de services) et aux citoyens qui ont besoin de l'information d'être en interaction de manière fiable et bien connue. Les plateformes en ligne pour ce genre d'information existent déjà dans les pages Web du MSSS et dans celles d'organisations telles que le RCSSS, le QCGN et les groupes de défense des intérêts des anglophones dans les diverses régions.

7.4 Création d'une base de connaissances continue sur les usagers d'expression anglaise

Il n'existe actuellement aucune source unique d'information et d'analyse qui permette d'avoir un aperçu de l'évolution des besoins de la population d'expression anglaise, de leur utilisation du système des soins de santé et des services sociaux et, enfin, des résultats de cette utilisation. Les systèmes d'information sur la clientèle ne gardent pas trace de l'utilisation des services par la population d'expression anglaise. Les données sur l'utilisation des services ne peuvent être analysées à l'aide de facteurs linguistiques. Une telle source d'information serait utile à la fois pour les planificateurs du système et pour les dirigeants communautaires. Plus précisément, elle permettrait de repérer plus facilement les domaines de service où les problèmes d'accès ont évolué depuis un stade d'incommodité à un stade néfaste.

Cette base de connaissances ne s'impose pas seulement pour le portrait des besoins et de l'accès, mais aussi pour la satisfaction, puisqu'il est manifestement important pour la population d'expression anglaise et qu'il demeure un phénomène marquant, plus reconnu et étudié dans les publications sur la prestation de soins de santé et de services sociaux. Même si cette

consultation n'a pas procédé à cette étape, il pourrait s'avérer intéressant de comparer les établissements reconnus comme donnant satisfaction aux usagers d'expression anglaise. Ceci permettrait de clarifier les exigences minimales de satisfaction concernant l'accès aux services en anglais, ce qui pourrait aboutir à l'établissement d'un modèle de comportement institutionnel qui satisferait les usagers. Ceci pourrait également être utile pour les autres organismes qui cherchent à produire les mêmes résultats. Une partie de cet effort consisterait à pouvoir documenter la capacité du réseau de soins de santé et de services sociaux d'offrir des services en anglais. Cette information serait utile pour la planification des ressources humaines, ainsi que pour l'élaboration des plans d'accès. Elle pourrait contribuer à mieux comprendre dans quelle mesure la population d'expression anglaise est employée dans le réseau, facteur important dans la prestation de services en anglais.

Cet examen pourrait être assorti d'une définition des besoins minimaux des patients ou clients d'expression anglaise, qui, s'ils sont respectés, produiront une réaction et une expérience de satisfaction. Cerner les besoins minimaux permettrait de fournir un modèle de fonctionnement des éléments de satisfaction pour l'usager quand il s'agit de la langue de service.

7.5 Participation de la collectivité

Les participants de la consultation ont longuement parlé des avantages de la participation de la représentation communautaire, que ce soit à titre individuel ou collectif, à l'amélioration de l'accès aux services en anglais. L'expression du besoin de services en anglais de la part des usagers individuels du système est importante. Toutefois, cette expression est renforcée lorsque la collectivité facilite les choses et collabore avec le système public. Des exemples ont été décrits dans lesquels les organismes communautaires peuvent effectuer plus rapidement et plus efficacement la distribution de l'information sur les diverses maladies et autres problèmes. Les groupes communautaires sont une source de bénévoles et d'autres ressources communautaires pour aider les établissements à répondre aux besoins des usagers. Le rôle qu'ils peuvent jouer pour aider les établissements à cerner les problèmes et à trouver des modes d'adaptation et des solutions a été cité plusieurs fois pendant la consultation. L'importance d'une source de soutien pour appuyer l'infrastructure a également été soulignée. Les participants ont expliqué que ce genre de soutien semble prometteur pour tout le monde.

La population d'expression anglaise peut participer aux conseils d'administration d'établissements publics au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Le MSSS a souligné l'importance du rôle que jouent ces conseils et, selon lui, la participation d'un échantillon représentatif de la société québécoise, y compris des Québécois d'expression anglaise, est souhaitable. La Loi sur les services de santé et les services sociaux définit le rôle que les membres des conseils sont tenus de jouer dans l'administration des affaires de chaque type d'établissement, et elle précise les mécanismes selon lesquels les personnes intéressées peuvent être élues ou nommées à un conseil. Les personnes intéressées des communautés d'expression anglaise ont la possibilité d'être nommées ou élues par l'un ou l'autre de ces mécanismes. Les organismes communautaires de communautés d'expression anglaise ont joué un rôle crucial dans l'information de la population d'expression anglaise et du soutien qu'elle a reçu dans ses tentatives de participation à ces structures de gouvernance importantes. Ce soutien continuera de s'imposer et devrait s'intensifier au cours du processus d'élection et de nomination.

8. Avis du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec sur le document d'étude

8.1 L'avis

En février 2012, à l'invitation de la directrice générale du QCGN, M. Michel Fontaine, sous-ministre adjoint du MSSS, a présenté un avis sur le document d'étude du QCGN daté d'octobre 2011. Dans sa lettre, M. Fontaine donne l'opinion du MSSS et décrit le processus de consultation qui a été mis en œuvre dans sa formulation. La structure consultative permanente du gouvernement du Québec en matière de prestation de services de santé et de services sociaux en anglais a participé à l'élaboration de cet avis. Voici brièvement en quoi elle consistait :

- une demande d'avis a été adressée au Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise (comité consultatif permanent mandaté par la loi pour conseiller le gouvernement du Québec en matière de prestation de services de santé et de services sociaux en anglais. Les membres du Comité sont nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux (parmi les communautés d'expression anglaise);
- une demande d'avis a également été adressée aux 16 instances régionales à qui il était également demandé d'exposer les perceptions de leurs comités régionaux sur l'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais (comités permanents mandatés par la loi pour consulter les instances régionales sur l'élaboration, l'évaluation et la modification de leurs programmes d'accès. Les membres de ce comité sont nommés par les instances régionales des communautés de langue anglaise et des prestataires de soins de la région). Treize agences ont ainsi présenté leur opinion;
- la production d'un document qui illustre les liens entre les priorités spécifiques et générales définies dans le document d'étude, d'une part, et celles qui sont définies dans le Plan stratégique du MSSS pour 2010-2015, d'autre part.

Le MSSS reconnaît une concordance entre les préoccupations et les priorités exprimées par les personnes consultées, d'une part, et les priorités et mesures décrites dans le Plan stratégique du MSSS pour 2010-2015.

« L'analyse effectuée dans le cadre de notre propre démarche a permis de constater que les préoccupations des personnes d'expression anglaise présentées dans votre étude ainsi que les priorités et les champs d'action qui sont énoncés dans celle-ci sont en concordance avec les priorités et les actions retenues dans le plan stratégique 2010-2015 du MSSS (voir document en annexe). »

Il reconnaît également la pertinence des quatre domaines prioritaires généraux définis à la section 7 du rapport.

« En ce qui a trait aux "domaines d'intervention dans l'avenir" et aux "cinq champs généraux d'action pour l'avenir", il y a un consensus entre nous sur la pertinence de quatre d'entre eux, soit l'adaptation des ressources humaines (formation, stages, etc.), l'adaptation des services

locaux aux besoins locaux, la présence d'information sur les services en anglais et la participation de la collectivité. »

En ce qui concerne la cinquième priorité, la création d'une base de connaissances continue sur les usagers anglophones du système de santé et de services sociaux, l'avis contenait des points de vue divergents sur cette question. Certaines réserves ont été exprimées, parallèlement à l'intérêt pour ce sujet.

« Le Comité provincial est d'avis que la collecte de données statistiques à partir des dossiers d'usagers d'expression anglaise nous indiquerait leurs habitudes de consommation et permettrait au réseau de mieux cibler ses futures interventions. Tout en reconnaissant le bien-fondé de la création de cette banque d'information, le MSS croit que les modalités de sa création méritent plus de réflexion. »

En ce qui concerne l'objectif global de la consultation, l'examen effectué par Santé Canada de ses mesures de soutien au système de santé et de services sociaux du Québec et aux communautés d'expression anglaises aux fins d'améliorer l'accès aux services en anglais, le MSS confirme son opinion avec force.

« Le MSS, le Comité provincial et les instances régionales reconnaissent la pertinence des investissements dans ces quatre secteurs d'activité qui sont en lien avec la planification stratégique québécoise et qui facilitent l'accès aux services en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise. En conséquence, nous recommandons fortement le renouvellement de la bonification du programme de contribution pour les langues officielles en santé parrainé par Santé Canada. »

À la lettre du Sous-ministre adjoint est joint un document du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise qui fait le lien entre les nombreuses perspectives et priorités définies dans le document d'étude, et le plan stratégique du MSSS pour les années 2010-2015, ce qui vient corroborer encore davantage la concordance. Les versions originales et la traduction de la lettre et du document du Comité qui y était joint figurent à l'ANNEXE IX. Les originaux avaient été transmis en français. Le QCGN assume la responsabilité des traductions présentées en annexe.

L'avis du MSSS comporte des commentaires et suggestions sur les diverses parties de l'ébauche du rapport de consultation. Cette version finale du rapport a tenu compte de l'avis du MSSS de la manière suivante :

- des sections ont été ajoutées à l'Introduction, pour clarifier l'effet que certaines dispositions législatives ont sur la prestation des services de santé et des services sociaux en anglais au Québec;
- des commentaires ont été ajoutés à la section Méthodologie pour préciser qui était consulté, et à propos de la méthode d'échantillonnage;
- les commentaires des participants de la consultation ont été réagencés pour correspondre aux programmes de services du MSSS;
- les liens à faire entre les cinq domaines prioritaires généraux et le Plan stratégique du MSSS sont présentés à la section 8.2;

- Quoiqu'aucun des participants de la consultation n'ait évoqué la possibilité que des citoyens québécois puissent siéger aux conseils d'établissements publics, la reconnaissance de cette réalité et de son importance a été ajoutée à la section 7.5.

8.2 Lien entre les cinq domaines prioritaires et le Plan stratégique du MSSS

Le MSSS a adopté un document intitulé le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS[17]. Les six objectifs prioritaires du plan sont les suivants :

1. action en amont des problèmes et réduction des inégalités;
2. primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services;
3. délai raisonnable pour l'accès aux services;
4. qualité des services et innovation;
5. attraction, rétention et contribution optimale des ressources humaines;
6. gestion performante et imputable.

Le document du Comité provincial fait le lien entre un grand nombre des commentaires qui figurent dans le rapport et ces priorités (voir ANNEXE IX). Ce document mentionne également deux autres priorités qui se dégagent de l'Entente Canada-Québec, à savoir :

1. accessibilité de l'information sur les services offerts en anglais;
2. accueil et services d'accompagnement (pour les personnes d'expression anglaise qui doivent se rendre dans d'autres villes pour recevoir des services).

La section suivante précise les liens entre les cinq domaines prioritaires généraux définis dans la section 7 et les priorités du MSSS.

8.2.1 Adaptation des ressources humaines

- Priorité n° 2 du MSSS : Primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services
  - Une main-d'œuvre plus souple sur le plan linguistique contribuera à assurer une prestation plus diligente des services de première ligne en anglais, ce qui facilitera l'intégration recherchée pour des groupes de clientèle ciblée : les personnes atteintes de maladies chroniques et de cancer; les jeunes en difficulté; les personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale; les personnes qui souffrent de problèmes de

[17] *Plan stratégique MSSS* 2010-2015: http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf

dépendance; les personnes atteintes de déficience intellectuelle. Les préoccupations de tous ces groupes de clientèle ont été entendues au cours de la consultation.

- Priorité nº 3 du MSSS : Délai raisonnable pour l'accès aux services
  - Une main-d'œuvre plus souple sur le plan linguistique contribuera à réduire les délais d'attente pour les services en anglais, surtout certains des services plus spécialisés cités par les participants (ex. : orthophonie, services sociaux de première ligne pour les jeunes).
- Priorité nº 4 du MSSS : Qualité et innovation
  - Des stages adaptés sont définis comme stratégie dans cette priorité.
- Priorité nº 5 du MSSS : Attraction, rétention et contribution optimale des ressources humaines
  - De toute évidence, une main-d'œuvre plus souple sur le plan linguistique contribuera à la réalisation de cet objectif.

8.2.2 Adaptation des services locaux aux besoins locaux

- Priorité nº 2 du MSSS : Primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services
  - Le soutien de la souplesse à l'échelon local contribuera à pouvoir offrir les services de première ligne en anglais de manière plus diligente.
- Priorité nº 3 du MSSS : Délai raisonnable pour l'accès aux services
  - Le soutien de la souplesse à l'échelon local contribuera également à réduire les délais d'attente pour les services en anglais.
- Priorité nº 4 du MSSS : Qualité et innovation
  - Le soutien de la souplesse à l'échelon local facilitera sans doute les programmes de stage adaptés pour attirer des diplômés d'expression anglaise dans une région, améliorant ainsi l'accès au service en anglais.
  - Priorité nº 6 du MSSS : Gestion performante et imputable
  - Le soutien de la souplesse à l'échelon local renforcera sans doute la capacité d'offrir les services à des populations d'expression anglaise de taille restreinte et parfois difficiles à joindre.

8.2.3 Disponibilité de l'information sur les services en anglais

- Priorité nº 2 du MSSS : Primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services
  - Une meilleure information sur les endroits où les services sont accessibles contribuera à offrir les services de première ligne en anglais de manière plus diligente.

- Priorité nº 3 du MSSS : Délai raisonnable pour l'accès aux services
  - Une meilleure information sur les endroits où les services sont accessibles contribuera à réduire les délais d'attente pour les services en anglais.
- L'Accord Canada-Québec.
  - Fournir de l'information en anglais sur les services et sur les endroits où ils sont accessibles en anglais est un objectif primordial de l'Accord.

8.2.4 Création d'une base de connaissances continue sur les usagers d'expression anglaise

- Priorité nº 4 du MSSS : Qualité et innovation
  - L'information sur les besoins de la population d'expression anglaise en matière de santé et de services sociaux, sur son utilisation du système public et sur les résultats contribuera à assurer à la fois la qualité et l'innovation. La réserve du MSSS à cet égard est justifiée en partie parce que pareil engagement devrait porter sur l'ensemble de la population du Québec, et non pas seulement la population d'expression anglaise. Une réflexion sur les moyens efficaces d'y parvenir est nécessaire.
- Priorité nº 6 du MSSS : Gestion performante et imputable
  - L'information sur les besoins de la population d'expression anglaise en matière de santé et de services sociaux, sur son utilisation du système public et sur les résultats, y compris la capacité de se concentrer sur la population d'expression anglaise, contribuera à assurer une gestion performante et imputable. Là encore, une réflexion sur la façon d'y parvenir est nécessaire.

8.2.5 Participation de la collectivité

- Priorité nº 1 : Action en amont des problèmes et réduction des inégalités
  - Cette priorité insiste sur l'action intersectorielle, ce à quoi les groupes communautaires engagés et dotés de ressources peuvent contribuer.
- Priorité nº 5 : Attraction, rétention et contribution optimale des ressources humaines
  - Les groupes communautaires ont contribué et peuvent contribuer à des stratégies visant à attirer des professionnels et des étudiants d'expression anglaise dans les régions.
- Priorité nº 6 : Gestion performante et imputable
  - Les groupes communautaires peuvent être source d'information utile sur la performance du système de santé et de services sociaux en ce qui concerne la population d'expression anglaise. Leurs membres peuvent également contribuer à la gouvernance des établissements.

- L'Accord Canada-Québec
  - Les groupes communautaires peuvent contribuer substantiellement à la diffusion de l'information sur les services en anglais.
  - Les groupes communautaires ont participé et peuvent participer à la création de programmes d'accueil dans les villes et établissements où les patients d'expression anglaise sont envoyés pour des services spécialisés. Au cours de la consultation, il a été fréquemment question du caractère souhaitable des programmes d'accueil.

---

9. Conclusion

Les groupes de consultation, les entretiens avec les informateurs clés et les documents des sondages RCSSS-CROP ont produit un aperçu révélateur des expériences des Québécois d'expression anglaise, ainsi que de leurs préoccupations et de leurs priorités quand il s'agit d'avoir accès au système de soins de santé et de services sociaux, surtout en anglais en anglais. Les résultats et priorités qui ont été identifiés cadrent bien avec le Plan stratégique du MSSS pour la période 2010-2015.

Ce rapport final a été présenté par le QCGN à Santé Canada en mai 2012. Ainsi, Santé Canada et le gouvernement fédéral auront une documentation de référence supplémentaire pour procéder à l'examen et au renouvellement de leur contribution financière aux initiatives prises par le Québec pour améliorer l'accès aux soins de santé et aux services sociaux en anglais en collaboration avec le réseau de soins de santé et de services sociaux du Québec et les communautés d'expression anglaise.

ANNEXE I – Groupe de consultation, entrevue et méthode de sondage

A. Aperçu de la stratégie de consultation sous forme de groupe de consultation et d'entrevue

Cette étude comportait de vastes consultations qualitatives auprès des Québécois d'expression anglaise sur leurs besoins et priorités en matière de soins de santé et de services sociaux au cours des cinq prochaines années. La méthode de consultation avait été conçue pour veiller à ce que les besoins et priorités puissent être cernés tout au long de leur vie, pour tous les types de problèmes et soucis de santé rencontrés, et parmi toutes les régions de la province. Elle portait sur les Québécois dont la première langue officielle d'expression est l'anglais, issus de nombreux milieux culturels, tels que les Premières Nations et les minorités visibles. Les consultations ont eu lieu entre février et août 2011, s'échelonnant ainsi sur sept mois.

Les instructions des consultants et la méthode appliquée par les organisateurs des groupes de consultation s'inspiraient d'une définition d'une personne d'expression anglaise cadrant avec celle qui figure dans les lignes directrices du MSSS s'appliquant à la révision des programmes d'accès régionaux :

« La personne d'expression anglaise est celle qui, dans ses relations avec un établissement qui dispense des services de santé ou des services sociaux, se sent plus à l'aise d'exprimer ses besoins en langue anglaise et de recevoir les services dans cette langue. »

Il est à noter que certains Québécois d'expression anglaise choisissent ou acceptent la prestation de certains services ou de tous les services en français. Quelques participants ont dit l'avoir fait, parfois ou dans tous les cas. Leurs commentaires sur leurs choix permettent de mieux comprendre encore la question globale de l'accès aux services en anglais.

En réponse à l'invitation à une entrevue ou à un groupe de consultation, les participants des consultations se sont portés volontaires en raison de leur intérêt pour le processus de consultation. Il était évident qu'ou bien la langue maternelle des participants était l'anglais, ou bien qu'ils étaient membres de minorités linguistique, ou immigrants, dont l'anglais était la première langue officielle apprise et toujours employée. Quant aux participants des Premières nations, ils appartenaient à l'un ou l'autre de ces groupes. Aucune autre mesure n'a été prise pour vérifier si les participants correspondaient à la définition. Un très petit nombre de personnes dont la première langue était le français et dont le contexte professionnel ou familial est anglophone ont participé à quelques groupes de consultation. Ils avaient été invités par les organisateurs ou par les participants sans que les consultants n'en aient été prévenus. Lorsque cela s'est produit, ils ont été incités à participer. Leurs commentaires se sont avérés utiles pour confirmer certains sujets ou pour y apporter une perspective différente.

Une stratégie de recherche qualitative a été adoptée, à l'aide de deux méthodes principales : groupes de consultation et entrevues, tous deux menés soit en personne, soit au téléphone. Dans

le cadre des groupes de consultation, on a demandé aux Québécois d'expression anglaise de participer à titre de citoyens et d'utilisateurs de services, en parlant de leurs expériences personnelles et de celles de leur famille. Dans le cadre des entrevues individuelles et collectives, on a demandé aux participants de parler non pas de leurs expériences personnelles mais plutôt de celles de leur collectivité, soit à titre d'informateurs clés. Cette formule comptait toutefois quelques exceptions mineures, lorsque certaines personnes qui ne pouvaient participer aux groupes de consultation ont fait l'objet d'une entrevue personnelle. Dans tous les types de consultations, les séries de questions posées aux participants étaient sensiblement les mêmes. Les entrevues des groupes de consultation, tout comme les entrevues collectives et individuelles étaient faites par des animateurs et des intervieweurs chevronnés, qui se servaient de guides d'entrevue semi-structurée.

B. Méthode des groupes de consultation

Catégories de participants

La conception de l'étude des groupes de consultation avait pour but de saisir l'éventail des expériences des Québécois d'expression anglaise dans le système des soins de santé et des services sociaux. Pour veiller à ce que les participants partagent certaines expériences communes aux fins de faciliter la tenue d'un débat ouvert, leur recrutement s'est fait en fonction de leur appartenance à l'une des quatre catégories suivantes :

- **Adultes avec des enfants vivant chez eux** – Ces groupes de consultation étaient composés d'adultes de moins de 50 ans avec des enfants de n'importe quel âge qui vivaient avec eux, depuis les nouveau-nés jusqu'aux enfants adultes souffrant de problèmes sociaux ou de développement. On a demandé aux participants de faire part de leurs besoins et priorités pour leurs enfants, mais on les a également incités à décrire leurs propres expériences d'accès aux soins de santé et aux services sociaux, ainsi que celles qu'ils ont vécues pour faire face aux besoins de prestations de soins de leurs parents vieillissants.
- **Adultes plus âgés** – Ces participants avaient plus de 50 ans et commençaient donc naturellement à souffrir de problèmes de santé chroniques et aigus, soit eux-mêmes, soit parmi les membres de leur famille, et d'assumer des responsabilités d'aidants naturels.
- **Les personnes qui vivent avec des personnes souffrant de maladies chroniques ou débilitantes ou qui sont les aidants naturels de ces personnes** – Ces groupes de consultation ont sollicité à dessein l'opinion des personnes qui recourent beaucoup aux services médicaux et aux services de santé connexes à cause des problèmes de santé constants dont ils souffrent eux-mêmes ou dont ils s'occupent à titre d'aidants naturels des personnes ainsi atteintes. Les situations en question comprenaient ce qui suit : maladies du vieillissement et perte d'autonomie y afférente, maladies dégénératives, déficiences physiques, déficiences intellectuelles, retards et troubles du développement tels que l'autisme, et diverses formes de maladie mentale. L'opinion de ces participants sur les besoins de soutien aux aidants naturels a également été sollicitée.

- **Usagers des services sociaux** – Comme au Québec, les services de soins de santé et des services sociaux relèvent du même système, il était important d'inclure les besoins des usagers réels et éventuels des services sociaux. Les expériences d'accès des personnes qui avaient besoin de conseils pour des problèmes tels que les suivants étaient particulièrement intéressantes : violence familiale et problèmes d'adaptation sociale, jeunes et familles devant faire appel au système de la protection de la jeunesse, et personnes souffrant de problèmes d'alcool, de toxicomanie ou de dépendance envers le jeu. Les expériences de ces personnes ont également été révélatrices sur l'accès à d'autres types connexes de services publics en anglais, surtout les services de police et de justice ainsi que les services sociaux fournis par la voie des écoles. Étant donné la nature sensible de ces problèmes, ces groupes présentaient plus de difficultés de recrutement et, dans certaines collectivités, il a été décidé de recruter des praticiens des soins de santé et des services sociaux, ainsi que du milieu de l'éducation et de la justice qui travaillaient avec des personnes appartenant à cette catégorie et qui pouvaient jouer le rôle d'informateurs clés, plutôt que de recourir aux usagers du service proprement dit.

Représentation régionale

Pour saisir les différences de besoins et de priorités qui pourraient être influencées par le contexte géographique, les 18 régions sociosanitaires de la province ont été classées en trois types particuliers. Les régions rurales et éloignées comprenaient celles qui étaient loin des grands centres urbains, ainsi que les régions dont la population avait accès aux services dans une province voisine. Les régions semi-urbaines étaient celles qui étaient proches d'un grand centre urbain et dont les populations pouvaient avoir accès aux services dans leur région ou dans les centres urbains. Au sein de ces deux premières catégories, un sous-groupe des régions a été sélectionné aux fins de maximiser la diversité géographique de la consultation parmi les ressources du projet. La troisième catégorie principale était Montréal, ensuite divisée entre l'est de l'île, le sud-ouest et l'ouest de l'île.

On a ensuite créé une matrice des quatre catégories de participants et des trois types de régions, et l'on a planifié un nombre cible de groupes de consultation pour que tous les types des groupes puissent être consultés dans tous les types de régions.

Recrutement des participants du groupe de consultation

Les organismes qui sont membres de l'Initiative de réseautage et de partenariats du RCSSS ont été abordés par le QCGN pour prendre des dispositions à l'échelle locale et pour recruter des participants au groupe de consultation, ainsi que pour repérer des informateurs clés dans leur collectivité. Compte tenu des activités de création de partenariats communautaires, il a semblé que ces organismes communautaires étaient mieux placés pour prendre des dispositions acceptables et pour encourager la participation. Une série de documents de communication a été préparée pour informer les organismes communautaires et les orienter dans leur recrutement des participants des groupes de consultation et des informateurs clés.

Il s'agissait entre autres :

- d'un document intitulé *Information destinée aux organismes et réseaux communautaires* pour expliquer le contexte et le but de la consultation (ANNEXE II);
- de *critères précis pour les groupes de consultation* qui ont été fournis pour organiser les groupes de consultation et pour repérer les informateurs clés (ANNEXE III).

Toute l'information a été envoyée par courriel, et un suivi téléphonique a été effectué pour assurer la participation. Un suivi constant a été fait pour faciliter la planification des groupes de consultation et des entretiens auprès des informateurs clés. Un soutien a été accordé aux organismes communautaires sur le plan de la promotion et de la planification de leur groupe. Des exemples de deux informations promotionnelles des réseaux communautaires figurent dans les ANNEXES IV et V.

D'après la répartition décrite ci-dessus, on a demandé aux organismes de recruter des gens dans toutes les catégories pertinentes, parmi les participants de leurs propres programmes ou de ceux de leurs partenaires communautaires. Toutefois, pour veiller à ce que les échantillons des groupes de consultation soient aussi représentatifs que possible de la population d'expression anglaise, on a également demandé aux organisateurs de vérifier que les participants ne cohabitaient pas, n'étaient pas parents ou, de préférence, qu'ils ne se connaissent pas bien et qu'ils n'aient pas participé à des consultations ou des comités auparavant. Ceci a été considéré important pour plusieurs raisons : premièrement, lorsque les membres d'un seul réseau social donnent de l'information sur leurs expériences personnelles ou celles de leurs familles, de nombreuses personnes décrivent un petit nombre de situations, ce qui se traduit par une moins grande quantité d'information ainsi recueillie. Deuxièmement, les personnes qui connaissent leurs histoires respectives peuvent, par inadvertance, révéler des renseignements personnels sur les autres personnes présentes sans leur consentement explicite de le faire dans le contexte du groupe, enfreignant ainsi le principe de confidentialité. Troisièmement, ceux qui sont déjà actifs dans le secteur communautaire anglophone ont peut-être déjà eu l'occasion d'exprimer leur opinion et prendraient ainsi la place de ceux pour qui ce n'aurait pas été le cas. Enfin, il y avait un risque de conflit d'intérêt si les participants étaient trop étroitement liés aux organismes qui pouvaient en fin de compte bénéficier d'un nouveau programme éventuel de contribution fédérale. C'est également pour cette dernière raison que les représentants des organismes ont été priés de ne pas assister aux discussions.

En réalité, il n'a pas toujours été possible de respecter ces conditions, surtout dans les collectivités où la population d'expression anglaise est très soudée. Il s'est ainsi avéré dans certains cas que les participants étaient en fait parents ou se connaissaient bien. Dans certaines des collectivités, les représentants de l'organisme communautaire ou tout autre personnel d'un organisme ont participé aux discussions, intéressés qu'ils étaient à faire part de leurs propres expériences. Comme nous l'avons déjà mentionné, pour diverses raisons, un très petit nombre de francophones ont participé à certains groupes. Ces facteurs ont été pris en compte dans les analyses. Ils ne semblent pas avoir porté atteinte à l'intégrité des résultats.

Les organisateurs des groupes de consultation ont également été priés dans la mesure du possible de tenir compte de la présence des minorités visibles et culturelles dans les populations d'expression anglaise de leurs régions. Cette démarche d'inclure ces collectivités a été adoptée à

cause de la possibilité sur le plan logistique et budgétaire de consulter les collectivités religieuses ou ethniques culturelles de quelque façon que ce soit qui pourrait représenter adéquatement la diversité de la société québécoise. Toutefois, des contacts précis ont été établis dans certains cas pour assurer une représentation adéquate, surtout de la part des minorités visibles d'expression anglaise et des communautés des Premières Nations. Dans ce dernier cas, les communautés des Premières Nations de Kahnawake, de Timiskaming et de Eagle Village ont été contactées par la voie des réseaux professionnels des membres de l'équipe de consultation.

Organisation des groupes de consultation

Le recrutement des groupes de consultation était prévu pour six à huit participants par groupe pour laisser à tous les participants le temps d'exprimer leur point de vue tout en suscitant une dynamique de groupe. La taille réelle du groupe était assez variable, allant de zéro et deux (dans les deux cas, on a procédé de nouveau au recrutement et réorganisé une session) jusqu'à un maximum de 14.

Les sessions des groupes de consultation duraient de 90 minutes à deux heures, et avaient lieu à un moment de la journée ou de la soirée qui convenait à chaque groupe ainsi consulté. Les sessions avaient lieu dans des endroits commodes qui avaient été définis et réservés par les organismes communautaires sur place. Il s'agissait entre autres de centres communautaires, d'églises, d'une salle de la Légion, d'un hôtel qui accueille des clubs de services pour leurs réunions et des bureaux des organismes. On a également remis aux participants une carte-cadeau de 25 dollars, et on leur a remboursé tous leurs déplacements ainsi que toutes leurs dépenses de garde d'enfants ou de soins familiaux. Dans tous les groupes, sauf un, les cartes-cadeaux étaient pour une librairie (échangeables en ligne ou en magasin); dans un groupe, comme personne ne s'était présenté à la session prévue au départ, il a été conclu qu'il vaudrait mieux avoir des cartes-cadeaux d'une épicerie pour inciter les gens à venir. Des rafraîchissements ont été servis lors des sessions.

On a informé les participants que leurs propos seraient confidentiels dans le sens où aucune personne ou organisme ne serait identifié dans le rapport de consultation.

Avec l'autorisation des participants, toutes les sessions ont été enregistrées de manière numérique. Un ou deux secrétaires étaient également présents. L'analyse a surtout été faite à partir des notes des sessions, l'enregistrement ne servant que de soutien pour vérifier une formulation particulière.

Un ordre du jour a été distribué dès le début de chaque session de groupe (voir exemple à l'ANNEXE VI). L'animateur a expliqué l'information de base concernant les consultations sur les priorités en matière de santé et a procédé à une présentation des participants sous forme de tour de table. Le magnétophone a alors été mis en marche et la session a commencé pour une question générale.

Le tableau 1 (page suivante) résume le nombre de chaque groupe de consultation et les participants dans chacune des catégories de participants et types de régions. Au total, 32 groupes de consultation ont été organisés dans 16 collectivités, représentant sept des 18 régions sociosanitaires : Abitibi-Témiscamingue, Outaouais, Laurentides, Montréal,

Montérégie et Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Ces groupes représentaient au total 222 personnes.

Tableau 1 : Sessions de groupe de consultation tenues

Types de région	Catégorie de participants				TOTAL
	Jeunes adultes avec des enfants vivant à la maison	Adultes plus âgés	Personnes souffrant de maladies chroniques ou débilitantes ou leurs aidants naturels	Usagers des services sociaux	
Rurale ou éloignée	4 groupes 26 personnes (8 Premières Nations)	5 groupes 28 personnes (9 Premières Nations)	6 groupes 53 personnes	1 groupe 5 personnes	16 groupes 112 personnes
Semi-urbaine	1 groupe 7 personnes	2 groupes 22 personnes (7 Premières Nations)	4 groupes 28 personnes	3 groupes 6 personnes	10 groupes 63 personnes
Urbaine	2 groupes 14 personnes	2 groupes 22 personnes	-	2 groupes 11 personnes	6 groupes 47 personnes
TOTAL	7 groupes 47 personnes (8 Premières Nations)	9 groupes 72 personnes (16 Premières Nations)	10 groupes 81 personnes	6 groupes 22 personnes	32 groupes 222 personnes (24 Premières Nations) 38 hommes 184 femmes

Come l'indique le tableau 1, il y avait une tendance à une participation plus élevée chez les femmes, en partie à cause du rôle de parent et d'aidant naturel que jouent un grand nombre d'entre elles. Pour compenser, des efforts spéciaux ont été déployés pour assurer la participation

des hommes chaque fois que possible. Parmi les participants, 184 (82 %) étaient des femmes. L'âge des participants allait de l'adolescence à 90 ans[18]. Les minorités visibles représentées comptaient des noirs, des asiatiques du Sud-Est et des latino-américains. Les membres des Premières Nations représentent 24 (11 %) des participants.

C. Méthode des entretiens individuels et collectifs avec les informateurs clés

Six entretiens collectifs ou individuels ont été menés avec 34 informateurs clés communautaires au total, c'est-à-dire des personnes qui avaient une vaste perspective de leur collectivité. Il s'agissait de quatre entretiens téléphoniques avec neuf coordonnateurs de Network Partner Initiatives (NPI) recrutés lors de la session de réflexion annuelle. La NPI est un projet du RCSSS qui fait la promotion des partenariats officiels des partenaires communautaires, institutionnels et autres du réseau de soins de santé et de services sociaux au Québec. Les coordonnateurs de la NPI recrutés représentaient toutes les régions du Québec. Ils comptaient aussi des coordonnateurs de la NPI dont les collectivités n'accueillaient pas de groupes de consultation. Les organisateurs des collectivités représentant certaines collectivités ont également été priés de participer, tout comme les participants de la table ronde de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. Ces informateurs clés connaissaient bien les situations de Kitigan Zibi, Lustiguj et Kahnawake où les informateurs clés des Premières Nations représentent 9 % du total. Les 34 informateurs clés étaient issus de 12 communautés situées dans huit des 18 régions du Québec.

Les entretiens avec les informateurs clés ont duré de 45 à 90 minutes. Un secrétaire était présent. Ces entretiens n'étaient pas enregistrés.

[18] Seules les personnes de plus de 14 ans avaient le droit de participer.

Tableau 2 : Entretiens individuels et collectifs avec les informateurs clés

Nombre d'informateurs clés				
	Rurale et éloignée	Semi-urbaine	Urbaine	TOTAL
Coordonnateurs de la NPI	5	4	1	10
Représentants communautaires	7	12	2	21
Représentants des Premières Nations	2	1	-	3
TOTAL :	14	17	3	34

D. Sujets des entretiens et sessions des groupes de consultation

Les consultations avaient pour but de cerner les besoins et priorités de la collectivité d'expression anglaise, tout en les rattachant aux priorités stratégiques et aux grandes lignes de la programmation du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : prévention et santé publique, réduction des inégalités en matière de santé, services sociaux et médicaux de première ligne, soins primaires dans un contexte hiérarchique intégré, délais d'attente, qualité des services et innovation, ressources humaines en matière de santé et, enfin, coûts et gestion du système.

Les guides d'entretiens, légèrement adaptés à chaque type de participants, figurent dans les ANNEXES VII et VIII. Toutes les consultations portaient sur les sujets suivants :

- expérience des participants et des collectivités au cours des cinq dernières années dans l'accès et l'utilisation des soins de santé et des services sociaux en général, puis plus précisément en anglais. Il s'agissait entre autres des services suivants :
- soins primaires : médecins de famille, *Groupes de médecine de famille* (GMF), services des CLSC/CSSS et services de santé connexes (assurés ou non);
- soins de courte durée et de spécialistes, que ce soit sur place ou en dehors de la région ou de la province;
- prévention (dépistage, vaccinations) et promotion de la santé;
- délais d'attente et leurs conséquences, pour tous les types de services sociaux de soins de santé et de soins de santé connexes;
- services de santé mentale en cas de crises ou de maladies chroniques;
- services sociaux : consultation, protection de la jeunesse, crises familiales, toxicomanie;

- opinions des participants et des collectivités sur la qualité des services en général et en anglais;
- occasions offertes aux personnes d'expression anglaise de devenir des prestataires de services au Québec;
- besoins, préoccupations et priorités des participants et des collectivités au cours des cinq prochaines années, en tant que Québécois d'expression anglaise.

Les participants ont été incités à s'exprimer librement et à faire part d'expériences ou de points de vue contradictoires ou contrastants, à la fois positifs et négatifs; en d'autres termes, on leur a indiqué qu'il s'agissait d'encourager la diversité d'opinions plutôt que d'aboutir à un consensus.

E. Méthode des sondages RCSSS-CROP sur la vitalité des collectivités[19]

Les sondages recueillent les opinions, les perceptions et les expériences d'un échantillon représentatif de Québécois d'expression anglaise dans chaque région du Québec, et ce, dans divers champs d'intérêt, notamment : soins de santé et services sociaux, éducation, perfectionnement de la main-d'œuvre, culture et communication. Le sondage le plus récent mené en 2010 par CROP répète, à quelques modifications mineures près, une ancienne étude menée en 2005. Ce sondage comprend des échantillons de Québécois d'expression française qui répondent à des questions sur les mêmes sujets. Les sondages sont plus axés sur les sujets liés à la santé et moins sur ceux qui sont liés aux services sociaux.

Pour l'étude sur la population d'expression anglaise de 2010, un total de 3 195 Québécois d'expression anglaise, de 18 ans et plus, ont été interrogés au téléphone entre le 9 février 2010 et le 31 mars 2010. Pour l'étude sur la population d'expression française, 1 001 Québécois d'expression française au total, de 18 ans et plus, ont été interrogés au téléphone entre le 15 mars 2010 et le 31 mars 2010. Les données ont été pondérées par région, par âge et par sexe à l'aide des données du Recensement de 2006.

L'étude de la collectivité d'expression anglaise était divisée comme suit : a) une étude « panel » qui comptait 1 100 répondants qui avaient également participé à l'étude de 2005; b) l'étude principale de 2 194 répondants sélectionnés au hasard dans l'ensemble du Québec. L'étude « panel » a servi à valider les tendances qui sont ressorties de la comparaison des résultats de 2005 et de 2010.

L'analyse des résultats du sondage CROP sur la vitalité des collectivités (échantillon d'expression anglaise) dans le secteur de la santé et des services sociaux est surtout présentée sous la forme d'un rapport produit par le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS) et publié sur le site Web du RCSSS. L'analyse du sondage de 2010 auprès des Québécois d'expression française a été produite sous forme d'un rapport séparé du RCSSS. Les documents sont les suivants :

[19] Ci-après désigné sous le titre de « sondages ».

Joanne Pocock (2011). Rapport de données de base 2010-2011. *L'accès aux soins de santé et aux services sociaux en anglais au Québec*, produit par le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS) et publié à l'adresse suivante : http://www.chssn.org/En/Baseline_Data_Reports.html

Joanne Pocock (2011). *L'accès aux soins de santé et aux services sociaux parmi les anglophones et les francophones du Québec*, produit par le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS) à l'adresse suivante http://ww.chssn.org/En/Baseline_Data_Reports.html

F. Analyses

Toutes les notes des entretiens et des groupes de consultation ont été transcrites, et les transcriptions ont servi de base à l'analyse. Un consultant a fait ressortir les thèmes émergeant des transcriptions, structurés en partie par les questions de la consultation et en partie par les tendances observées parmi les collectivités. Ces interprétations ont ensuite été validées par les deux autres consultants qui avaient participé aux entrevues. Ceci s'est fait au cours de plusieurs sessions d'analyse en groupe pour veiller à ce que tous les documents pertinents soient couverts et pour permettre de remettre en question des affirmations afin d'assurer la solidité des conclusions.

Le consultant spécialisé en sondages a ajouté l'information pertinente des sondages. Les quatre consultants ont révisé les résultats de ces ajouts.

ANNEXE II – Document de communication pour les organismes et les réseaux communautaires

Quebec Community Groups Network

Plan d'une consultation sur les priorités des soins de santé et des services sociaux des Québécois d'expression anglaise

Information destinée aux organismes et réseaux communautaires

Contexte

La *Feuille de route pour la dualité linguistique canadienne* de Santé Canada a assuré des investissements jusqu'à 2013 pour appuyer les initiatives du Québec visant à améliorer l'accès aux soins de santé et aux services en anglais. Un éventail de projets est mis en œuvre par la voie d'une entente entre les organismes communautaires désignés et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Cet accord garantit que les investissements sont intégrés dans les collectivités d'expression anglaise et le système de santé et de services sociaux d'une manière qui cadre avec la responsabilité du Québec de planifier, d'organiser et de fournir des soins de santé et des services sociaux.

Aux fins de déterminer les priorités en matière de santé des Québécois d'expression anglaise pour la période 2013-2018, le Quebec Community Groups Network (QCGN) a été invité par Santé Canada à mener une série de consultations dans certaines collectivités d'expression anglaise au cours de l'hiver et du printemps de 2011. Les membres des collectivités et des réseaux communautaires anglophones, ainsi que les professionnels et les administrateurs du système de soins de santé et de services sociaux seront invités à y participer.

Plan de consultation

Le QCGN a engagé une équipe de consultants pour mener cette initiative à bien. Les consultants invitent les personnes clés et les réseaux communautaires sélectionnés à participer à l'organisation des groupes de consultation. Des entretiens seront menés auprès de membres de la population, de représentants des réseaux communautaires, de professionnels et d'administrateurs du système de soins de santé et de services sociaux. Les groupes de consultation et les entretiens seront structurés de manière à tenir compte de la diversité géographique et culturelle des collectivités d'expression anglaise. Il sera également question des besoins des divers groupes de population, tels que les familles avec enfants, les aînés et les personnes souffrant des problèmes de santé particuliers.

Un document d'étude sur les priorités en matière de santé sera publié aux fins de recueillir les commentaires et opinions des intervenants communautaires et du réseau public par le biais du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. LE QCGN présentera un rapport final sur les priorités à Santé Canada en automne 2011. Santé Canada et le gouvernement fédéral auront ainsi une base solide sur laquelle s'appuyer pour renouveler leur contribution financière aux initiatives du Québec visant à améliorer les soins de santé et les services sociaux en anglais en collaboration avec les collectivités d'expression anglaise.

Critères pour les groupes de consultation

Nous voulons nous assurer que cette consultation tienne compte de l'opinion des Québécois d'expression anglaise. Pour ce faire, nous vous demandons d'identifier et d'inviter les membres de la collectivité à participer à ce qui suit :

Jusqu'à trois groupes de consultation dans votre collectivité, qui auront lieu à un endroit commode et à un moment commode (y compris le soir ou la fin de semaine si vous croyez que c'est la meilleure façon d'assurer la participation des personnes).

Chaque groupe de consultation devrait compter de six à huit participants.

Vous voudrez peut-être inviter un maximum de dix personnes au cas où il y aurait des changements de dernière minute.

Les participants devraient être des personnes :

- qui ne vivent pas ensemble, ne sont pas parentes ou qui, de préférence, ne se connaissent pas bien;
- qui n'ont pas participé à des consultations ou comités auparavant;
- qui correspondent aux critères supplémentaires qu'un membre de l'équipe de consultation vous transmettra.

La composition des participants devrait également refléter dans la mesure du possible la présence des minorités visibles et culturelles parmi la population d'expression anglaise de votre région (y compris les membres des Premières Nations dans les réserves ou à l'extérieur, le cas échéant).

Critères pour les entretiens des informateurs clés

Nous aimerions également nous entretenir avec des représentants de la collectivité d'expression anglaise de votre région : des personnes qui sont actives dans cette collectivité. Ceci se fera par la voie d'entretiens individuels ou en petits groupes, avec des représentants de votre projet ou votre réseau d'adaptation sur place, et des représentants de votre organisme ou d'autres organismes communautaires pertinents. Nous vous demandons de proposer un maximum de quatre personnes dans votre collectivité pour ces entretiens. Ils seront menés soit en personne, soit au téléphone.

Soutien que nous apportons

Pour aider chacun des groupes à participer pleinement à ce processus, nous vous offrons les formes suivantes de soutien.

Pour le groupe organisateur :

- contribution financière pour compenser le temps du personnel (250 dollars/groupe de consultation);
- soutien du membre de l'équipe de consultation, Kelly Howarth, dans le repérage de la bonne clientèle pour les groupes de consultation et pour les questions logistiques;
- remboursement des frais de rafraîchissements et de location de salle (le cas échéant);

Aux participants (par la voie du groupe organisateur);

- remboursement des frais de transport pour assister aux réunions du groupe;
- remboursement des frais de garde d'enfants ou de soins familiaux (le cas échéant);
- un cadeau de remerciement de la présence (carte-cadeau chez Chapters).

Contact avec l'équipe de consultation

L'équipe de consultation pour le projet des consultations sur les priorités en matière de santé compte :

- Michael Udy coordonnateur
- Nathalie Kishchuk conception de la consultation
- Kelly Howarth communication

La participation de votre réseau communautaire à cette initiative est importante. Veuillez réfléchir à qui pourra participer (les membres de votre collectivité, les informateurs clés, etc.).

Kelly Howarth assurera le suivi auprès de vous au téléphone au cours de la semaine prochaine pour répondre à toutes questions, pour transmettre de l'information supplémentaire sur le ou les groupes de consultation et pour fixer les dates. Entretemps, vous pouvez la rejoindre par courriel à communityhealtheducation@ymail.com ou au téléphone : [numéro de téléphone…].

ANNEXE III – Modèle d'instruction aux groupes communautaires concernant la composition des groupes de consultation

QC GN Quebec Community Groups Network

Consultation sur les priorités des soins de santé et des services sociaux des Québécois d'expression anglaise

Information destinée aux organismes et réseaux communautaires

Critères précis pour l'organisation des groupes de consultation : [indiquer ici le nom de la région et du réseau]

Participants

Dans votre collectivité, veuillez identifier et inviter les participants à l'un des trois groupes de consultation, qui sont composés comme suit : [les instructions indiquaient à l'organisme ou au réseau communautaire les groupes qui seraient organisés dans leur région parmi les quatre types possibles.]

Groupe 1 : Adultes de moins de 50 ans avec des enfants de n'importe quel âge qui vivent à la maison :

- personnes qui sont généralement en bonne santé;
- personnes qui ne souffrent pas nécessairement de graves problèmes de santé;
- mais qui ont à l'occasion besoin de services de santé.

Groupe 2 : Adultes généralement de plus de 50 ans qui font parfois face à certains problèmes de santé pour eux-mêmes ou pour des personnes dont ils sont peut-être les aidants naturels :

- ce sont des personnes dont l'état de santé est normal pour des personnes d'âge moyen ou plus âgées;
- ou qui ont des parents ou des membres de leur famille qui vieillissent.

Groupe 3 : Adultes qui ont des maladies chroniques ou débilitantes ou qui sont des aidants naturels des personnes ainsi atteintes. Ces situations pourraient comprendre :

- perte d'autonomie due à l'âge;
- déficience physique;
- déficience intellectuelle, retard de développement ou problèmes liés à l'autisme;
- maladie mentale;
- autres problèmes de santé à long terme.

Groupe 4 : Personnes de plus de 14 ans qui ont recouru ou qui recourent aux services sociaux. Il s'agit de personnes qui ont demandé l'aide de prestataires de services sociaux tels que :

- protection de la jeunesse;
- services de traitement en cas de toxicomanie, d'alcoolisme ou de problèmes de jeu;
- services d'intervention en cas de violence familiale;
- orientation psychosociale.

Nous reconnaissons que ces problèmes sont parfois difficiles à repérer et compliquent le recrutement. Pour repérer des participants individuels, vous pourriez vérifier parmi les participants de vos propres programmes ou collaborer avec vos partenaires communautaires pour les identifier ensemble.

Organismes

Les groupes de consultation durent chacun 90 minutes. Chacun d'eux devrait :

- avoir lieu à un endroit commode et à un moment commode (y compris les soirs et les fins de semaine si vous avez l'impression que c'est le meilleur moyen d'assurer la participation des personnes);
- compter de six à huit participants. Vous voudrez peut-être inviter un maximum de dix personnes au cas où il y aurait des changements de dernière minute dans les projets des personnes et qu'elles ne soient pas en mesure de venir;
- les participants devraient être des personnes qui n'habitent pas ensemble, qui ne sont pas parentes ou qui, de préférence, ne se connaissent pas bien; et qui n'ont pas participé à des consultations ou des comités auparavant;
- la composition des groupes de participants devrait également refléter dans la mesure du possible la présence de minorités visibles et culturelles de la population d'expression anglaise de votre région (y compris les membres des Premières Nations dans la réserve ou à l'extérieur, le cas échéant);
- deux membres de l'équipe de consultation viendront dans votre collectivité pour animer les sessions des groupes de consultation.

Remerciements aux participants

Le projet fournira ce qui suit :

- remboursement des frais de transport pour assister à la session de groupe. Chaque participant recevra une enveloppe dans laquelle il soumettra une demande de réclamation de dépenses de voyage qu'il devra poster à l'équipe de consultation;
- remboursement des frais de garde d'enfants ou de soins familiaux, le cas échéant. Ceci sera inclus dans la réclamation des dépenses;
- un cadeau de remerciement pour avoir assisté à la session (une carte-cadeau chez Chapters qui pourra être échangée en ligne ou dans un magasin). Ces cadeaux seront remis lors de la session.

ANNEXE IV – Échantillon d'invitation à une session de groupe de consultation envoyée par un groupe communautaire dans la région de l'Outaouais-Gatineau

Madame, Monsieur,

Le Quebec Community Groups Network (QCGN) a été invité par Santé Canada à mener une série de consultations sur les soins de santé et les services sociaux dans certaines collectivités d'expression anglaise aux fins de déterminer les priorités en matière de santé pour les Québécois d'expression anglaise pour la période 2013-2018. Comme Pontiac est l'une des régions qui a été sélectionnée, le CEDEC de l'Outaouais a le plaisir d'appuyer cette initiative et vous invite à participer à une session de groupe de consultation le… à ….

Pour faciliter votre participation, les frais de kilométrage, de garde d'enfants ou de soins familiaux seront remboursés. En outre, des rafraîchissements seront servis et les participants recevront une carte-cadeau de Chapters (échangeable en ligne ou en magasin).

Vos commentaires sont importants car ils fourniront à Santé Canada et au gouvernement fédéral une assise solide pour renouveler sa contribution financière aux initiatives de Québec visant à améliorer l'accès aux soins de santé et aux services sociaux en anglais de concert avec les collectivités d'expression anglaise. Un rapport sera rédigé et distribué dès sa parution.

Nous nous réjouissons à l'avance de votre participation qui nous permettra de connaître vos idées sur la façon dont nous pouvons répondre au mieux aux besoins en soins de santé et de services sociaux de la population d'expression anglaise.

Veuillez confirmer votre présence en téléphonant à……. avant …..

Merci à l'avance de votre collaboration.

ANNEXE V – Échantillon de circulaire pour recruter des membres du groupe de consultation dans la région de Rouyn-Noranda

La Neighbours' Association, de concert avec le QCGN (Quebec Community Group Network), est en train d'organiser une série de consultations sur les priorités en matière de santé.

Nous invitons des personnes à participer aux groupes de consultation. Nous voulons savoir ce que VOUS avez à dire!

Groupe de consultation n° 1 :

Êtes-vous un adulte qui souffre de problèmes de santé ou qui s'occupe de quelqu'un ?

Ces situations pourraient avoir trait à ce qui suit :

- perte d'autonomie due au vieillissement
- déficiences physique
- maladie d'Alzheimer ou démence
- déficience intellectuelle ou problèmes liés à l'autisme
- maladie mentale
- tout problème de santé à long terme

Groupe de consultation n° 2 :

Avez-vous 14 ans ou plus ou êtes-vous un adulte qui a recours ou a recouru aux services sociaux ?

Il pourrait s'agir entre autres des services suivants :

- protection de la jeunesse
- services de traitement de la toxicomanie, de l'alcoolisme ou de problèmes de jeu
- services en cas de violence familiale
- orientation psychosociale

(les enseignants, les conseillers en orientation, les membres du clergé, les conseillères de refuges pour femmes sont également bienvenus)

Chaque session durera 90 minutes et chaque participant recevra :

- le remboursement des frais de garde d'enfants ou de soins familiaux, le cas échéant;
- un cadeau de remerciement pour avoir assisté à la session (carte-cadeau chez Chapters).

Veuillez nous appeler dès que possible si vous voulez participer car les places sont limitées : [numéro de téléphone …].

ANNEXE VI – Échantillon d'ordre du jour pour le groupe de consultation aux Îles-de-la-Madeleine

Quebec Community Groups Network

ORDRE DU JOUR
des consultations de Santé Canada : priorités en matière de santé

Entretiens avec les groupes de consultation

Le mardi 12 avril 2011 de 10 h à 12 h

CAMI, Îles-de-la-Madeleine (Québec)

Invités : Adultes de plus de 50 ans, membres de la collectivité des Îles-de-la-Madeleine

Animatrice : Natalie Kishchuk (QCGN)

Observateur(s) : Kelly Howarth (CHSSN)

10 h	Accueil Présentation de l'équipe et du projet Ordre du jour, documents Demande de consentement (enregistrement audio) Présentations sous forme de table ronde (toutes les personnes présentes)
10 h 15 – 11 h 45	Questions au groupe de consultation Réponses à ces questions sous forme de table ronde
11 h 45 – midi	Récapitulation et clôture Commentaires et questions Merci de votre précieuse participation!

ANNEXE VII – Échantillon de protocole d'entrevue pour un groupe de consultation

Consultation sur les priorités des soins de santé et des services sociaux des Québécois d'expression anglaise

Information destinée aux organismes et réseaux communautaires

Usagers de services sociaux

Expériences passées (15 min.)

Nous allons commencer par une question d'ordre général :

1. Quelle a été votre expérience d'accès aux services sociaux au cours des cinq dernières années ?
2. Quels sont les types de services sociaux dont vous avez eu besoin ? auxquels vous avez eu recours ? pour vous-même ? pour les membres de votre famille ?
3. Qu'est-ce qui a bien marché et qu'est-ce qui n'a pas si bien marché quant à la satisfaction de vos besoins et de vos attentes ?
4. Et que dire des services sociaux en anglais – quelle a été votre expérience d'accès à ces services ? tentez-vous de recevoir des services en anglais ou est-ce que vous y tenez vraiment ?
5. Quels types de services sociaux avez-vous reçus en anglais ? pour vous-même ? pour les membres de votre famille ? Y a-t-il des services que vous avez voulu recevoir en anglais sans y parvenir ?
6. Est-ce qu'il vous importe de pouvoir avoir accès à ces services sociaux en anglais ? si oui, pourquoi ? si non, pourquoi? Est-ce que cela change quelque chose ?
7. Que signifie l'accès aux services en anglais –quelqu'un qui s'adresse à vous en anglais ? oui comprend lorsque vous lui parlez ? autre chose ?

Besoins actuels et futurs – généraux (15 min.)

8. Si vous songez à votre vie au cours des cinq prochaines années, quels sont les besoins que vous entrevoyez en termes de services sociaux ? pour vous-mêmes ? pour les membres de votre famille ?
9. Vous demandez-vous si ou comment ces besoins seront comblés ? si oui, lesquels ? si non, pourquoi en est-il ainsi ?
10. En tant que Québécois d'expression anglaise qui vivez dans votre région du Québec, vous demandez-vous si et comment ces besoins seront comblés ? si oui, pourquoi ? si non, pourquoi en est-il ainsi ?

Besoins actuels et futurs – précis (40 min.)

Je vais maintenant vous interroger sur certains besoins ou inquiétudes que vous pourriez éprouver ou non dans des domaines bien précis :

11. Pour ce qui concerne les soins de base pour gérer des situations auxquelles vous faites face, quels sont les besoins que vous entrevoyez pour les cinq prochaines années ?
12. En tant que Québécois d'expression anglaise qui vivez dans votre région du Québec, vous demandez-vous si et comment ces besoins seront comblés ? si oui, pourquoi ? si non, pourquoi en est-il ainsi ?
13. Vous inquiétez-vous des délais d'attente pour les services sociaux dans les situations auxquelles vous faites face ?
14. Vous attendez-vous à ce que ces délais soient raisonnables ou non au cours des cinq prochaines années ? pour quels services seront-ils raisonnables et déraisonnables ?
15. En tant que Québécois d'expression anglaise qui vivez dans votre région du Québec, vous inquiétez-vous des délais d'attente pour les services sociaux dans les situations auxquelles vous faites face ?
16. Vous inquiétez-vous de la qualité des services sociaux que vous recevrez dans les situations auxquelles vous faites face ? quant à savoir s'ils sont les plus à jour, les meilleurs qui soient disponibles n'importe où ?
17. En tant que Québécois d'expression anglaise qui vivez dans votre région du Québec, vous inquiétez-vous de la qualité des services sociaux que vous recevrez au cours des cinq prochaines années pour les situations auxquelles vous faites face ? Vous inquiétez-vous de la façon dont les services sociaux sont gérés ou de ce qu'ils coûteront au cours des cinq prochaines années ?
18. En tant que Québécois d'expression anglaise qui vivez dans votre région du Québec, vous inquiétez-vous de la façon dont les services sociaux sont gérés ou de combien ils coûteront au cours des cinq prochaines années ?
19. Croyez-vous que les Québécois d'expression anglaise ont les mêmes occasions que les Québécois d'expression française de devenir des prestataires de services sociaux (travailleurs sociaux, conseillers, travailleurs auprès des jeunes, etc.) ? si oui, pourquoi ? si non, pourquoi en est-il ainsi ?

Priorités (20 min.)

20. Parmi toutes les choses dont nous avons discuté, quelles sont les priorités que vous définiriez comme les vôtres en tant que Québécois d'expression anglaise qui vivez avec des personnes qui avez des difficultés ou qui vous occupez de personnes ayant ces difficultés et pour lesquelles les services sociaux pourraient s'avérer utiles ?

Merci de votre participation!

ANNEXE VIII - Échantillon de protocole d'entretien avec les informateurs clés

Consultation sur les priorités des soins de santé et des services sociaux des Québécois d'expression anglaise

Guide d'entretien pour les groupes d'informateurs clés

Premières Nations

Introduction (10 min.)

Au fur et à mesure que les participants arrivent, l'animatrice engage avec eux la conversation, les met à l'aise et les accueille.

Avant que la discussion ne commence, l'animatrice se présente brièvement et explique le but de la discussion, en ajoutant ce qui suit :

Le groupe de consultation est mené dans le cadre d'une consultation sur les priorités en matière de santé et de services sociaux pour les Québécois d'expression anglaise. Cette consultation contribuera à la rédaction d'un rapport sur les priorités en matière de santé qui sera remis à Santé Canada pour l'aider à décider comment aider les Québécois d'expression anglaise à assurer la satisfaction de leurs besoins.

La principale question posée dans le cadre de cette consultation est la suivante : quelles sont vos priorités en matière de soins de santé et de services sociaux pour vos collectivités au cours des cinq prochaines années ?

L'animatrice explique également ce qui suit :

Les participants sont incités à exprimer leur véritable opinion et à discuter ouvertement des questions. Il n'y a aucune réponse bonne ou mauvaise, et il est normal d'avoir des divergences d'opinions. Il n'est pas nécessaire que tout le monde soit d'accord, mais il est très important que tous les points de vue soient entendus et que tout le monde ait l'occasion de dire ce qu'il pense. Les participants ne devraient pas hésiter à exprimer leurs opinions positives ou négatives.

Le rôle de l'animatrice consiste à veiller à ce que toutes les questions soient traitées et à ce que tout le monde ait l'occasion de prendre la parole.

La discussion durera environ une heure et demie

Avec l'autorisation des participants, la discussion sera enregistrée pour que nous puissions nous référer à l'enregistrement à des fins d'exactitude. L'enregistrement sera détruit une fois le rapport rédigé.

Personne ne sera identifié de quelque manière que ce soit par son nom, celui de son organisme, son rôle ou ses caractéristiques dans le cadre de ce rapport; les réponses des participants demeureront entièrement confidentielles. Mais, des citations pourront servir, sans faire

référence à quelque nom que ce soit ni identifier l'information, pour illustrer les points de ce rapport.

L'animatrice demandera ensuite à chaque personne de se présenter brièvement, et mettra ensuite le magnétophone en marche.

Expériences passées (15 min.)

Nous allons commencer par une question d'ordre général :

1. Quelle a été votre expérience d'accès aux services sociaux au cours des cinq dernières années ?
2. Quels sont les types de services dont vous avez eu besoin ? pour quels secteurs de votre collectivité?
3. Qu'est-ce qui a bien marché et qu'est-ce qui n'a pas si bien marché quant à la satisfaction de vos besoins et de vos attentes ?
4. Et que dire des services sociaux en anglais – quelle a été l'expérience d'accès à ces services pour votre collectivité ?
5. Tentez-vous de recevoir des services en anglais ou est-ce que vous y tenez vraiment ?
6. Quels types de services sociaux les membres de votre collectivité ont-ils reçus en anglais ? Y a-t-il des services que vous avez voulu recevoir en anglais sans y parvenir ?
7. Est-ce qu'il vous importe de pouvoir avoir accès à ces services sociaux en anglais ? si oui, pourquoi ? si non, pourquoi? Est-ce que cela change quelque chose ?
8. Que signifie l'accès aux services en anglais –quelqu'un qui s'adresse à vous en anglais ? oui comprend lorsque vous lui parlez ? autre chose ?

Besoins actuels et futurs – généraux (15 min.)

9. Si vous songez à votre vie au cours des cinq prochaines années, quels sont les besoins que vous entrevoyez en termes de soins de santé ?
10. Vous demandez-vous si ou comment ces besoins seront comblés ? si oui, lesquels ? si non, pourquoi en est-il ainsi ?
11. En tant que Québécois d'expression anglaise, vous demandez-vous si et comment ces besoins seront comblés ? si oui, pourquoi ? si non, pourquoi en est-il ainsi ?
12. En tant que membres des Premières Nations, vous demandez-vous si et comment ces besoins seront comblés ? si oui, pourquoi ? si non, pourquoi en est-il ainsi ?

Besoins actuels et futurs – précis (40 min.)

Je vais maintenant vous interroger sur certains besoins ou inquiétudes que vous pourriez éprouver ou non dans des domaines bien précis :

13. Pour ce qui concerne les soins de prévention, quels sont les besoins que vous entrevoyez pour les cinq prochaines années dans votre collectivité?
14. En tant que communautés des Premières Nations d'expression anglaise au Québec, vous demandez-vous si et comment ces besoins seront comblés ? si oui, pourquoi ? si non, pourquoi en est-il ainsi ?
15. Pour ce qui concerne les soins primaires de base – pour les problèmes de santé courants – prodigués par un médecin de famille, quels sont les besoins que vous entrevoyez pour les cinq prochaines années pour votre collectivité?
16. En tant que communautés des Premières Nations d'expression anglaise au Québec, vous demandez-vous si et comment ces besoins seront comblés ? si oui, pourquoi ? si non, pourquoi en est-il ainsi ?
17. Quant aux services à recevoir en cas de problèmes de santé plus graves – qui pourraient exiger des examens, un traitement ou une hospitalisation –, quels sont les besoins que vous entrevoyez pour les cinq prochaines années pour votre collectivité?
18. En tant que communautés des Premières Nations d'expression anglaise au Québec, vous demandez-vous si et comment ces besoins seront comblés ? si oui, pourquoi ? si non, pourquoi en est-il ainsi ?
19. Vos collectivités s'inquiètent-elles des délais d'attente pour les soins de santé? Vous attendez-vous à ce que ces délais soient raisonnables ou non au cours des cinq prochaines années ? pour quels services seront-ils raisonnables et déraisonnables ?
20. En tant que communautés des Premières Nations d'expression anglaise au Québec, vous inquiétez-vous des délais d'attente pour les services ?
21. Vous inquiétez-vous de la qualité des services que vos collectivités recevront ? quant à savoir s'ils sont les plus à jour, les meilleurs qui soient disponibles n'importe où ?
22. En tant que communautés des Premières Nations d'expression anglaise au Québec, vous inquiétez-vous de la qualité des services que vous recevrez au cours des cinq prochaines années ?
23. Vos collectivités s'inquiètent-elles de la façon dont le système de santé est géré ou de combien il coûtera au cours des cinq prochaines années ?
24. En tant que communautés des Premières Nations d'expression anglaise au Québec, vous inquiétez-vous de la façon dont le système de santé est géré ou de combien il coûtera au cours des cinq prochaines années ?
25. Croyez-vous que les Québécois d'expression anglaise ont les mêmes occasions que les Québécois d'expression française de devenir des prestataires de services sociaux (travailleurs sociaux, conseillers, travailleurs auprès des jeunes, etc.) ? si oui, pourquoi ? si non, pourquoi en est-il ainsi ? Et les membres des Premières Nations du Québec ?

Priorités (20 min.)

26. Parmi toutes les choses dont nous avons discuté, quelles sont les priorités que vous définiriez comme celles de vos collectivités en tant que Québécois d'expression anglaise membres des Premières Nations ? (non seulement en termes de services, mais aussi en termes de priorités en général ?)

Merci de votre participation!

ANNEXE IX – Version originale et traduction de l'avis du MSSS

Documents originaux

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Le sous-ministre associé
Coordination, Financement, Immobilisations et Budget

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 17 février 2012

Madame Sylvia Martin-Laforge
Directrice générale
Quebec Community Groups Network
1255, rue Université, bureau 1000
Montréal (Québec) H3B 3W6

Objet : Avis du MSSS sur le document « Les priorités de la population anglophone du Québec en matière de soins de santé et de services sociaux 2013-2018, document d'étude basé sur une consultation auprès de la population anglophone du Québec, octobre 2011 »

Madame la Directrice générale,

Le présent avis fait suite à votre demande que vous nous avez adressée le 30 novembre 2011 concernant l'objet mentionné ci-dessus. Afin de pouvoir répondre à votre requête, nous avons demandé l'avis du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise. De plus, nous avons également sollicité l'avis des instances régionales et nous avons également cherché à connaître la perception des membres de leurs comités régionaux d'accès aux services en langue anglaise. Dans la cadre de notre démarche, nous avons également tracé les liens entre les priorités identifiées dans le cadre de votre document d'étude et celles retenues par notre ministère dans son plan stratégique 2010-2015. À ce jour, les agences des treize régions suivantes ont déposé un avis : Saguenay–Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Montréal, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Laval, Laurentides et Montérégie. Nous vous livrerons dans les pages qui suivent, l'avis du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cet avis est le fruit de l'ensemble de nos consultations.

... 2

1075, chemin Sainte-Foy, 3e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8850

Structure du document d'étude

Le document d'étude que vous proposez gagnerait en clarté si les priorités qui se dégagent des différentes consultations ou sources d'information (c'est-à-dire population d'expression anglaise, informateurs, clés, sondages, etc.) étaient présentées par ordre d'importance et par programme-clientèle. De plus, il serait important d'établir un lien entre ces priorités et le plan d'action pour la période de 2013-2018 décrites dans le texte actuel du chapitre 7 : « Cinq champs généraux d'action pour l'avenir ».

Méthode de consultation

Considérant le nombre restreint de participants (un total de 222 personnes), le nombre de régions représentées (six régions sur un total de 18) et la méthode de sélection ou d'invitation des personnes rejointes à l'occasion de vos consultations, la validité de votre document pourrait être remise en question.

Clientèle cible

La définition que vous avez retenue dans le document d'étude d'une personne d'expression anglaise « personne dont l'anglais est la langue la plus couramment employée » diffère significativement de celle communément utilisée dans le cadre de la prestation des services de santé et des services sociaux pour désigner ces personnes, c'est-à-dire « la personne d'expression anglaise est celle qui, dans ses relations avec un établissement qui dispense des services de santé ou des services sociaux, se sent plus à l'aise d'exprimer ses besoins en langue anglaise et de recevoir les services dans cette langue ». Dans le contexte d'une province dont la langue de travail est le français, la définition retenue, qui cible des personnes qui emploient « plus couramment » l'anglais, écarte d'emblée bon nombre de personnes d'expression anglaise qui transigent quotidiennement en français avec leurs concitoyens. Ainsi, la définition retenue pour cette consultation peut avoir pour effet d'induire un certain biais dans le texte. Notons que dans les avis du Comité provincial sur les programmes d'accès, ils ont utilisé les concepts de langue maternelle et de la première langue officielle parlée.

Contexte linguistique du Québec

Comme vous le savez depuis plus de trente ans, le Québec s'est doté d'une Charte de la langue française. Aujourd'hui, cette Charte régit les affaires linguistiques de la province de manière à restaurer et maintenir une certaine paix linguistique. Toute activité menée sur le front linguistique devrait tenir compte de cette importante législation.

... 3

Le contexte linguistique du Québec a autant d'impact sur la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise que le contexte démographique des communautés d'expression anglaise. Le texte de votre document d'étude devrait refléter cette réalité et le texte devrait être nuancé en conséquence sans censurer les propos légitimes qui ont été exprimés par les participants. À titre d'exemple, le manque d'affichage en anglais qui est strictement réglementé dans les établissements qui ne sont pas reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte.

Commentaires sur le fond

L'analyse effectuée dans le cadre de notre propre démarche a permis de constater que les préoccupations des personnes d'expression anglaise présentées dans votre étude ainsi que les priorités et les champs d'action qui sont énoncées dans celle-ci sont en concordance avec les priorités et les actions retenues dans le plan stratégique 2010-2015 du MSSS (voir document en annexe). Les problématiques auxquelles sont confrontées les personnes d'expression anglaise sont pratiquement les mêmes que celles auxquelles sont confrontées les personnes d'expression française. Cette perception est partagée par plusieurs agences. C'est plutôt la résolution de ces problématiques qui, dans certaines circonstances ou dans certaines régions, est parfois acerbe pour les personnes d'expression anglaise en raison de la rareté des ressources pouvant répondre en anglais à leurs besoins.

En ce qui a trait aux « domaines d'intervention dans l'avenir » et les « cinq champs généraux d'action pour l'avenir », il y a un consensus entre nous sur la pertinence de quatre d'entre eux, soit l'adaptation des ressources humaines (formation, stages, etc.), l'adaptation des services locaux aux besoins locaux, la présence d'information sur les services en anglais et la participation de la collectivité. Le MSSS, le Comité provincial et les instances régionales reconnaissent la pertinence des investissements dans ces quatre secteurs d'activité qui sont en lien avec la planification stratégique québécoise et qui facilitent l'accès aux services en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise. En conséquence, nous recommandons fortement le renouvellement de la bonification du programme de contribution pour les langues officielles en santé parrainé par Santé Canada.

En ce qui concerne la création d'une base de connaissances sur les usagers d'expression anglaise, les avis sont partagés. On craint de stigmatiser les personnes d'expression anglaise et on se questionne sur l'utilité des données qui pourraient être colligées. Le Comité provincial nous signale son désir de profiter de l'occasion de l'informatisation des dossiers des usagers pour introduire un champ obligatoire qui préciserait la langue dans laquelle l'usager souhaite recevoir ces services. Nous savons déjà que la Régie de l'assurance maladie du Québec dispose de statistiques sur les personnes qui ont manifesté le désir de recevoir en anglais la correspondance de celle-ci.

... 4

Le Comité provincial est d'avis que la collecte de données statistiques à partir des dossiers d'usagers d'expression anglaise nous indiquerait leurs habitudes de consommation et permettrait au réseau de mieux cibler ses futures interventions. Tout en reconnaissant le bien-fondé de la création de cette banque d'information, le MSSS croit que les modalités de sa création méritent plus de réflexion.

Nous retenons un point qui a été porté à notre attention par le Comité provincial, à savoir la participation des personnes d'expression anglaise à la gouverne des établissements de santé et des services sociaux du Québec. Ce thème n'est pas abordé dans votre document d'étude. Ce point aurait pu être abordé sous la rubrique « participation de la collectivité ». De fait, il y a de la place sur les conseils d'administration des établissements publics pour la participation de personnes issues des communautés d'expression anglaise.

Les conseils d'administration sont les lieux décisionnels des établissements, on fixe les priorités, on alloue les budgets, on détermine les orientations et on embauche les cadres supérieurs. Les conseils d'administration sont des lieux privilégiés où on peut exercer une influence et faire valoir les besoins de nos concitoyens. La participation des communautés d'expression anglaise à la gouverne des établissements mériterait la considération du Quebec Community Groups Network avant de finaliser sa démarche et trouver sa place dans la version définitive du document.

Nous tenons à vous remercier de votre engagement dans le domaine de la santé et des services sociaux auprès de nos concitoyens d'expression anglaise. Nous demeurons à votre disposition pour tout renseignement additionnel.

Veuillez agréer, Madame la Directrice générale, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Michel Fontaine
Sous-ministre associé

p. j.

c. c. M. Pierre Laflamme, directeur général adjoint
M^me^ Marjorie Goodfellow, présidente du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

N/Réf. : 11-FB-01501

ANNEXE

Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

Québec

Plan stratégique 2010-2015

Ministère de la Santé et des Services sociaux et le lien avec les priorités exprimées par la population d'expression anglaise

Janvier 2012

INTRODUCTION

Le Quebec Community Groups Network (QCGN) a été mandaté par le ministère de Santé Canada afin d'identifier les priorités des personnes issues des communautés d'expression anglaise du Québec. Cette démarche a été entreprise en vue du renouvellement du programme de contribution pour les langues officielles en santé et la « Feuille de route pour la dualité linguistique canadienne 2008-2013 »[1] Le QCGN est conscient que la prestation des services de santé et des services sociaux est de juridiction québécoise et désire valider auprès des autorités québécoises, c'est-à-dire le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la perception qui s'est dégagée à l'occasion des consultations qui ont été menées au cours de l'année 2011 et qui sont énoncées dans le document d'étude intitulé « Les priorités de la population anglophone du Québec en matière de soins de santé et de services sociaux 2013-2018 »[2].

L'information contenue dans ce document d'étude provient des consultations directes auprès des personnes d'expression anglaise dans différentes communautés à travers le Québec ou d'un sondage réalisé auprès du Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS) ou encore des observations des consultants engagées pour mener à terme ce projet.

Par ailleurs, le MSSS souhaite mettre à contribution les instances québécoises qui ont été instituées pour assurer une prestation de services en matière de santé et de services sociaux qui répond aux besoins des québécois d'expression anglaise. Conformément à son mandat, le MSSS a demandé au Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise d'émettre un avis sur le document soumis par le QCGN. Pour ce faire, le MSSS demande au Comité provincial de prendre en compte les avis des agences de la santé et des services sociaux et de leurs comités régionaux d'accès.

Le présent document du Comité provincial trace les liens entre les éléments du Plan stratégique 2010-2015 du MSSS[3] et l'information contenue dans le document d'étude du QCGN. Dans un deuxième temps, le Comité provincial colligera les avis des agences et assurera la cohérence avec ce même Plan stratégique. Pour chaque enjeu identifié au Plan stratégique, les liens avec les priorités de la « population anglophone » sont présentés dans un encadré.

---

1 Gouvernement du Canada, ministère du Patrimoine canadien, de la Condition féminine et des langues officielles, ministère de la Francophonie, Feuille de route pour la dualité linguistique canadienne 2008-2013, Agir pour l'avenir, 2008

2 Quebec Community Groups Network, Les priorités de la population anglophone du Québec en matière de soins de santé et de services sociaux 2013-2018, document d'étude basé sur une consultation auprès de la population anglophone du Québec, octobre 2011.

3 Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Plan stratégique 2010-2015

ACTIONS

ENJEU 1

L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être

Orientation 1.1

Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être

- *« La présence d'organismes communautaires est un élément important de l'amélioration de l'accès aux services en anglais », p. 9.*
- *Certaines campagnes de prévention peuvent accroître leur efficacité par la voie des organismes communautaires, p. 9.*
- *Les programmes de prévention et de dépistage sont assez bien implantés partout au Québec, quoique moins pour les résidents des Premières Nation, p. 5.*
- *Les mammographies, les campagnes anti-tabac et les campagnes anti- intimidation ont été signalés comme étant beaucoup plus disponibles en anglais dans les régions urbaines et moins disponibles ou pas du tout en anglais dans les régions rurales et éloignées, p. 49.*

Axe d'intervention : Prévention dans les continuums de services

1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)*.

1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants :

- infections transmissibles sexuellement et par le sang;
- habitudes de vie et maladies chroniques;
- chutes chez les personnes âgées;
- suicide.

Axe d'intervention : Action intersectorielle

1.1.3 Renforcer la collaboration avec les partenaires des autres secteurs d'activité afin d'agir sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être (habitudes de vie et comportements sécuritaires, éducation, emploi, logement, etc.).

1.1.4 Renforcer le soutien aux intervenants et gestionnaires engagés dans le développement de communautés en santé.

ENJEU 2

La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

Orientation 2.1

Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne

- *Améliorer l'accès aux services pour l'ensemble de la population, tels qu'un plus grand nombre de médecins, des heures d'ouverture plus longues des cliniques et plus de prévention, p. 7.*
- *Élargissement du champ d'action des infirmières praticiennes : leur permettre d'exécuter une plus grande variété de tâches; elles allègeraient ainsi la pression qui s'exerce sur les médecins, ce qui les rendrait encore plus disponibles, elles offrent des services de qualité et elles sont souvent bilingues, p. 61.*
- *Certains membres des communautés des Premières Nations essuient un rejet dans les cliniques des CLSC et des CSSS. On leur fait comprendre qu'ils ont leurs cliniques dans la réserve que c'est là qu'ils devraient aller, p. 41.*

Axe d'intervention : Services médicaux et infirmiers

2.1.1 Assurer l'inscription et la prise en charge des personnes auprès d'un médecin de famille.

2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modelés équivalents).

2.1.3 Accroitre la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne.

Axe d'intervention : Services psychosociaux

2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence, orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine

Orientation 2.2

Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

- *Attention à des problèmes bien précis, dont la gravité est perçue par les informateurs clés (participants des Premières Nations) comme s'accélérant rapidement : toxicomanie, cancer, santé mentale, suicide, diabète, maladie coronarienne, crises familiales : violence familiale, soins des aînés et violence à leur égard, placement des enfants, insuffisance rénale, accès à de l'eau potable, p. 62.*

Axe d'intervention : Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer

2.2.1 Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins.

2.2.2 Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches.

Axe d'intervention : Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance

- *En dehors des régions urbaines, les services de santé mentale ne sont pas faciles d'accès en général, p. 28.*
- *Pour des états plus chroniques, tels que la dépression entre autres, les listes d'attente sont longues, p. 28.*
- *Les services avaient trait à l'alcoolisme, à la dépendance envers des drogues légales et illégales, ainsi qu'à des problèmes de jeu compulsif. Les participants ont parlé de la difficulté d'avoir accès à ces services, p. 28.*
- *Dans les régions semi-urbaines, rurales et éloignées, les participants ont fréquemment signalé l'accès limité aux services aux jeunes en crise, qui devient encore plus restreint au fur et à mesure qu'on s'éloigne d'une région urbaine, p. 46.*
- *Les participants ont signalé le nombre restreint de parents de familles d'accueil d'expression anglaise, surtout dans les régions rurales et éloignées. p. 46.*

2.2.3 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté.

2.2.4 Favoriser la continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse.

2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire.

2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves.

2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique.

Axe d'intervention : Personnes ayant une déficience et leur famille

2.2.8 Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille

- *Un grand nombre des parents concernés ont signalé la difficulté d'obtenir le service approprié après l'évaluation initiale. Il semble que les services soient généralement limités, surtout dans les régions rurales ou éloignées, et que ces services sont encore plus rares en anglais, p. 47.*
- Les participants dont les enfants ont besoin des services en cas de trouble de la parole, du langage et de l'audition ont évoqué la difficulté d'y avoir accès, surtout en anglais, p. 47.

Orientation 2.3

Répondre aux besoins d'une population vieillissante

- *En ce qui concerne les soins aux personnes âgées : améliorer les services directs et les initiatives favorables au bien-être, intensifier le niveau de soins offerts à domicile et accroître le soutien aux aidants naturels, p. 8.*
- *Les aidants naturels assument un lourd fardeau avec un soutien limité pour trouver le temps nécessaire et pour assumer le stress lié aux besoins médicaux et psychosociaux des membres de leur famille; p. 4.*
- *Les aidants naturels d'expression anglaise qui s'occupent de personnes âgées sont moins présents dans les régions rurales et éloignées, p. 5.*

Axe d'intervention : Réseaux de services intégrés

2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du Ministère[4].

Axe d'intervention : Adaptation des services

2.3.2 Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées.

[4] Soutenir la personne et ses proches aidants : une offre de service clarifiée et connue de la population.

Orientation 2.4

Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

- *Les jeunes qui ont des besoins spéciaux (ex. : jeunes en crise, enfants souffrant de retard ou de troubles de développement) font face à de longs délais d'attente pour être évalués et pour recevoir des services, ce qui risque parfois de compromettre leur développement futur, p. 4.*
- *Leurs parents se heurtent aussi à des problèmes dus à l'isolement et au manque de soutien social pour assumer les effets des soins qu'ils doivent prodiguer à des enfants qui ont des besoins aussi marqués, et les perspectives à long terme sont plutôt sombres à la fois pour les parents et l'enfant, p. 4.*
- *L'accès aux services de santé mentale est limité, surtout lorsqu'on s'éloigne des centres urbains, p. 4.*

Ae d'intervention : Services de soutien à domicile

2.4.1 Définir l'offre de service de soutien à domicile pour l'ensemble des clientèles susceptibles de requérir ces services, y compris les familles et les proches aidants, selon les profils de besoins et les milieux de vie, et en précisant les modalités de contribution des usagers.

2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants.

Axe d'intervention : Diversification des milieux de vie

2.4.3 Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres).

ENJEU 3

Un délai raisonnable pour l'accès aux services

Orientation 3.1

Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

- *Plusieurs suggestions visant à améliorer l'accès aux services pour l'ensemble de la population, tels qu'un plus grand nombre de médecins, des heures d'ouverture plus longues des cliniques et plus de prévention, p. 7.*

Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :

- Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : trois jours;
- Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR;
- Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : un an.

3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance, un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins.

Axe d'intervention : Médecine et chirurgie

3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de six mois.

3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis.

3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours.

Axe d'intervention : Urgences

3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière.

Axe d'intervention : Santé mentale

3.1.7 Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès :

- aux services spécifiques de premières lignes offertes par les CSSS à l'intérieur de 30 jours;
- aux services spécialisés de deuxième et de troisième ligne à l'intérieur de 60 jours.

Axe d'intervention : Références aux services médicaux spécialisés

- *Pour les patients des régions éloignées, l'accès à des services médicaux spécialisés est souvent synonyme de très longs déplacements, parfois en avion, pour tous les patients, quelle que soit la langue de service souhaitée, p. 43.*

3.1.8 Améliorer l'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques et référées par un médecin de famille :

- Pourcentage des CSSS ayant mis en place un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-argenté et référées par un médecin de famille.

ENJEU 4

La qualité des services et l'innovation

Orientation 4.1

Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

- *Les participants convenaient généralement que la qualité représente un point fort du système. Les participants ont déclaré qu'une fois les obstacles d'accès surmontés, la qualité du service est généralement bonne ou très bonne, p. 17.*

Axe d'intervention : Démarche intégrée de qualité

4.1.1 Élaborer une politique d'assurance qualité qui permet :

- de donner une vision intégratrice de l'assurance qualité;
- d'harmoniser les différents mécanismes d'évaluation et d'appréciation de la qualité;
- de préciser les modalités de mise en œuvre et de suivi des normes établies.

Axe d'intervention : Guides de pratique

4.1.2 Soutenir l'implantation des guides de pratique et des standards cliniques dans le Réseau de la santé et des services sociaux.

Axe d'intervention : Contrôle des infections nosocomiales

4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis.

Orientation 4.2

Valoriser l'apport de la mission universitaire au sein du réseau de la santé et des services sociaux

- *La disponibilité des soins de santé et des services sociaux en anglais dépend avant tout de la capacité du personnel professionnel et des employés du réseau d'utiliser l'anglais et du succès des efforts de soutien à la formation linguistique, ainsi que du recrutement constant et de la rétention du personnel bilingue, p. 8.*

Axe d'intervention : Créneaux d'expertise et formation

4.2.1 Identifier dans chaque établissement les créneaux d'expertise en services de santé et en services sociaux dans une perspective de complémentarité entre les établissements ayant une mission universitaire.

4.2.2 Assurer la formation et la disponibilité de milieux de stage adaptés et diversifiés, notamment pour les disciplines de base dans les régions du Québec.

Axe d'intervention : Évaluation et transfert des connaissances

4.2.3 Favoriser le transfert des connaissances issues de la recherche destinées et adaptées au réseau de la santé et des services sociaux

4.2.4 Assurer la réalisation d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ou de pratique) en santé et en services sociaux dans les établissements ayant une désignation universitaire.

Orientation 4.3

Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique

- *L'informatisation pourrait simplifier la gestion des recommandations à un autre spécialiste, que ce soit dans le domaine des services médicaux ou sociaux, p. 61.*
- *Meilleures dispositions pour assurer un bon suivi des soins médicaux, surtout en ce qui concerne le lien entre les cliniques et les services d'urgence, et le spécialiste, p. 61.*
- *La création d'une base de connaissances continue sur les usagers d'expression anglaise du système de soins de santé et de services sociaux, p. 65.*

Axe d'intervention : Dossiers cliniques informatisés

4.3.1 Soutenir l'utilisation des dossiers médicaux électroniques (DME) dans les cliniques médicales et des dossiers cliniques informatisés (DCI) dans les établissements.

Axe d'intervention : Dossier de santé du Québec

4.3.2 Implanter le Dossier de santé du Québec (DSQ) et l'intégrer à la stratégie d'informatisation du réseau.

ENJEU 5

L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

Orientation 5.1

Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

- *La disponibilité des soins de santé et des services sociaux en anglais dépend avant tout de la capacité du personnel professionnel et des employés du réseau d'utiliser l'anglais et du succès des efforts de soutien à la formation linguistique, ainsi que du recrutement constant et de la rétention du personnel bilingue, p. 8.*
- *Améliorer le bilinguisme des professionnels et des employés dans les établissements et les cliniques, p. 8.*
- *Des mesures telles que des stages pratiques adaptés pour les étudiants qui suivent des programmes de formation professionnelle en anglais en sont un exemple. Il faudra en trouver d'autres et tenter de les concrétiser, p. 64.*

Axe d'intervention : Disponibilité de la main-d'œuvre médicale

5.1.1 Assurer une répartition équitable des postes de résidence entre l'omnipratique et la médecine spécialisée.

5.1.2 Assurer une répartition équitable des médecins de famille et spécialistes dans toutes les régions du Québec.

Axe d'intervention : Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles.

5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail.

5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité.

5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique.

Axe d'intervention : Disponibilité du personnel d'encadrement et évolution des pratiques de management

5.1.7 Réaliser des initiatives novatrices qui visent l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien au rôle et aux responsabilités des cadres.

5.1.8 Mettre en place, à l'échelle nationale, un programme de relevé du personnel d'encadrement de niveau supérieur (DG et DGA).

Orientation 5.2

Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes

- *Les usagers du système s'inquiètent du personnel qui y travaille, à cause des fortes pressions que les services exercent sur eux, des limites du soutien au personnel, et de l'impression que donnent les jeunes professionnels qui rentrent dans le réseau de ne pas être aussi dévoués à leur tâche, p. 5.*

Axe d'intervention : Rétention et mieux-être au travail

5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé.

5.2.2 Favoriser l'adaptation du relevé professionnel à la profession et au milieu de travail.

ENJEU 6

Une gestion performante et imputable

Orientation 6.1

Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux

- *Il n'existe aucune source centrale d'information bien documentée et à jour sur les besoins en soins de santé et en services sociaux des populations d'expression anglaise, p. 9.*
- *Une telle source d'information serait utile à la fois pour les planificateurs du système et pour les dirigeants communautaires, p. 65.*

Axe d'intervention : Optimisation de l'utilisation des ressources

6.1.1 Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources génératrices de gains de performance pour le réseau de la santé et des services sociaux, en misant sur :

- la rationalisation des processus de dispensation de services cliniques (par exemple, blocs opératoires, plateaux techniques et d'imagerie, etc.), de services auxiliaires et administratifs (par exemple, buanderie, approvisionnement, entreposage et achats);
- la rationalisation des infrastructures technologiques et informatiques.

6.1.2 Développer des indicateurs comparatifs d'amélioration de la productivité dans certains secteurs.

Axe d'intervention : Suivi et rétroaction sur la performance

6.1.3 Évaluer la performance du système de santé et de services sociaux et assurer une rétroaction sur les résultats.

Orientation 6.2

Assurer une gouvernance plus imputable

- *Les Agences – ont besoin de plus de latitude et de ressources pour appuyer l'adaptation des services à l'échelle locale aux fins d'accroître l'accès en anglais. Ainsi, ils pourraient répondre à des besoins régionaux particulièrement pressants tels que : une meilleure intégration des deux systèmes de santé (fédéral et provincial) offerts aux populations des Premières Nations, p. 8.*

Axe d'intervention : Partage des responsabilités et règles d'imputabilité

6.2.1 Clarifier, dans une perspective de subsidiarité, le partage des responsabilités ainsi que les règles d'imputabilité entre les paliers national, régional et local.

Axe d'intervention : Révision des processus administratifs

6.2.2 Procéder à l'allègement de la règlementation et des normes administratives en vigueur.

AUTRES ENJEUX 7

Entente Canada-Québec

Orientation 7.1

Accessibilité aux informations sur les services offerts en langue anglaise

- *Un besoin pressant se fait sentir de centraliser et de diffuser très largement de l'information à jour sur l'endroit où les services sont accessibles en anglais, p. 8.*
- *Les participants de la consultation ont mentionné à maintes reprises la difficulté de trouver de l'information complète et à jour sur les services existants en anglais. L'information en question a trait aux services du réseau public des établissements, des professionnels en pratique privée et des services offerts par les organismes communautaires, p. 65.*

Axe d'intervention :

7.1.1 Favoriser la réalisation de campagnes d'information sur l'accessibilité et la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise en lien avec :

- les programmes d'accès 2011-2014.

7.1.2 Favoriser le partage de documents cliniques à jour, disponibles en anglais, entre les établissements, les organismes communautaires, etc.

7.1.3 Favoriser l'accès, aux usagers d'expression anglaise, à des outils informationnels cliniques en langue anglaise (Internet et systèmes d'information).

Soutien aux organismes communautaires

Orientation 7.2

Services d'accueil et d'accompagnement

- *Organiser un soutien social en anglais dans les villes où les personnes d'expression anglaise doivent se rendre pour recevoir des services spécialisés, p. 8.*
- *Organisation d'un service de réception dans les villes et villages où viennent des personnes d'expression anglaise d'ailleurs pour avoir accès à des services médicaux spécialisés, p. 62.*

Axe d'intervention : Révision des processus administratifs

7.2.1 Favoriser l'implantation de services d'accueil et d'accompagnement dans les villes de Québec, Sherbrooke et Montréal.[5]

[5] Soutien social ou services de réception

Traductions

BY E-MAIL

Quebec City, February 17, 2012

Sylvia Martin-Laforge
Director General
Quebec Community Groups Network
1255 Université, Suite 1000
Montreal, QC H3B 3W6

Subject: MSSS's opinion of the document "The Health and Social Services Priorities of Quebec's English-Speaking Population 2013-2018, A discussion document based on a consultation of Quebec's English-speaking population, October 2011"

Dear Ms. Director General:

This opinion is in response to your request of November 30, 2011, on the above-mentioned topic. To be able to respond to your request, we asked for the opinion of the Provincial Committee for the Delivery of English Language Health and Social Services. We also solicited the opinion of regional authorities and sought the views of members of their regional access committees on services in English. Our efforts also led us to make the link between the priorities identified in your discussion document and those retained by our department in its 2010-2015 strategic plan. To date, agencies from the following 13 regions have submitted opinions: Saguenay–Lac-St-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie and Centre-du-Québec, Estrie, Montréal, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie–Îles-de-la Madeleine, Laval, Laurentides, and Montérégie. The opinion of the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) is presented in the following pages. This opinion is the outcome of all our consultations.

...2

Structure of the Discussion Document

Your discussion document would be clearer if the priorities that emerged from the various consultations and information sources (i.e. English-speaking population, informants, key individuals, surveys, etc.) were presented by order of importance and by client program. It would also be important to establish a link between these priorities and the 2013-2018 action plan described in the current text of Chapter 7: "Five Broad Areas for Future Action."

Method of Consultation

Considering the limited number of participants (a total of 222 people), the number of regions represented (6 regions out of a total of 18), and the method of selecting or inviting the individuals reached during your consultations, the validity of your document could be called into question.

Target Clientele

The definition that you retained in the discussion document for an English-speaking person – "person for whom English is the official language used most regularly" – differs significantly from that commonly used to designate these individuals in the context of delivering health and social services, i.e. "an English-speaking person is he or she who, in their relation with an establishment providing health or social services, feels more at ease expressing their needs in English and receiving services in that language." In the context of a province whose language of work is French, the definition retained, which refers to people who use English "more regularly," automatically excludes a good number of English-speaking people who deal with their fellow citizens in French on a daily basis. Thus, the definition retained for this consultation could lead to a certain bias in the text. It should be noted that the Provincial Committee on the Dispensing of Health and Social Services in the English Language has used the concepts of mother tongue and first official language spoken.

Quebec's Linguistic Context

As you know, Quebec has had a Charter of the French Language for over 30 years. Today, this Charter governs the language affairs of the province in such a way as to restore and maintain a certain linguistic peace. Any activity carried out in the language domain must take this important legislation into account.

…3

3

The language context in Quebec has as much impact on the delivery of health and social services in English as does the demographic context of English-speaking communities. The text of your discussion document should reflect this reality and therefore be nuanced, without censuring the legitimate remarks expressed by participants. As an example, the lack of signs in English is strictly regulated in institutions that are not recognized under section 29.1 of the Charter.

Comments on the Content

Our own analysis found that the concerns of English-speaking people presented in your study as well as its priorities and areas for action coincide with the priorities and actions described in the MSSS's 2010-2015 strategic plan (see appended document). The problems that English-speaking people face are, for all practical purposes, the same as those faced by French-speaking people. This perception is shared by a number of agencies. It is rather the solution to these problems that, in certain circumstances or in certain regions, is at times unpleasant for English-speaking individuals, due to the scarcity of resources to meet their needs in English.

In terms of the "areas for future action" and the "five broad areas for future action," there is a consensus between us on the relevance of four of them, i.e., the adaptation of human resources (training, field placements, etc.), the adaptation of local services to local needs, the availability of information about services in English, and the involvement of the community. The MSSS, the Provincial Committee, and regional authorities recognize the relevance of investments in these four sectors of activity that are in line with Quebec's strategic planning and that facilitate access to services in English for English-speaking people. Consequently, we strongly recommend the renewed enhancement of the Official Languages Health Contribution Program under the aegis of Health Canada.

In terms of the creation of a knowledge base regarding English-speaking users, opinion is divided. There is a fear of stigmatizing English-speaking people, and there is doubt about the usefulness of the data that could be compiled. The Provincial Committee has indicated to us its wish to take advantage of the computerization of user files to add a mandatory field that would indicate the language in which the user would like to receive services. We already know that the Régie de l'assurance maladie du Québec has statistics on individuals who have expressed the wish to receive correspondence from it in English.

...4

4

It is the Provincial Committee's opinion that gathering statistics from the files of English-speaking users would indicate to us their patterns of using health services and enable the system to better target its future efforts. While acknowledging the merit of developing this bank of information, the MSSS believes that the process for creating it requires further thought.

We retain one point that was brought to our attention by the Provincial Committee: the participation of English-speaking people in the governance of Quebec's health and social services institutions. This theme is not addressed in your discussion document, but would have been relevant under the topic "involvement of community." There is room for the involvement of individuals from English-speaking communities on the boards of directors of public institutions.

Boards of directors are where institutions' decisions are made, priorities set, budgets allocated, orientations adopted, and senior administrators hired. Boards of directors are privileged places for influencing the governance of the institution and drawing attention to the needs of fellow citizens. The involvement of English-speaking individuals in the governance of institutions merits the consideration of the Quebec Community Groups Network prior to finalizing its process and merits being included in the document's final version.

We thank you for your commitment to health and social services for your fellow English-speaking citizens. We remain at your disposal for any additional information.

Sincerely,

Michel Fontaine
Associate Deputy Minister

Encl.

cc: Pierre Laflamme, Assistant Director General
Marjorie Goodfellow, Chair, Provincial Committee for the Delivery of English Language Health and Social Services

APPENDIX

Provincial Committee
for the Delivery
of English Language
Health and Social Services

2010-2015

Strategic Plan

Ministère de la Santé et des Services sociaux and the link with priorities expressed by the English-Speaking Population

January 2012

INTRODUCTION

The Quebec Community Groups Network (QCGN) was mandated by Health Canada to identify the priorities of members of Quebec's English-speaking communities. This process was undertaken in preparation for the renewal of the Official Languages Health Contribution Program and the *Roadmap for Linguistic Duality in Canada 2008-2013*.[1] The QCGN is aware that the provision of health and social services falls within Quebec's jurisdiction. It wishes to validate the perception that emerged from consultations conducted in 2011 and that are presented in the discussion document *The Health and Social Services Priorities of Quebec's English-Speaking Population 2013-2018*[2] with Quebec's authorities, i.e. the Ministère de la Santé et des Services sociaux(MSSS).

The information contained in this discussion document was obtained from direct consultations with English-speaking people from various communities throughout Quebec, a survey commissioned by the Community Health and Social Services Network (CHSSN), and the observations of consultants hired to carry out this project.

Furthermore, the MSSS wishes to involve Quebec authorities set up to ensure that the delivery of health and social services meets the needs of English-speaking Quebecers. As per its mandate, the MSSS asked the Provincial Committee for the Delivery of English Language Health and Social Services to provide its opinion on the document submitted by the QCGN. To do this, the MSSS asked the Provincial Committee to take into account the opinions of the Agences de la santé et des services sociaux and their regional access committees.

The present Provincial Committee document links elements in the MSSS's 2010-2015 strategic plan[3] with information in the QCGN's discussion document. In a second phase, the Provincial Committee will compile the opinions of the Agences and ensure consistency with the same strategic plan. For each challenge identified in the strategic plan, links with priorities in the "English-speaking population" are presented in an italicized list.

---

[1] Government of Canada, Department of Canadian Heritage, Status of Women and Official Languages, Department of the Francophonie, *Roadmap for Linguistic Duality in Canada 2008-2013: Acting for the Future*, 2008

[2] Quebec Community Groups Network, *The Health and Social Services Priorities of Quebec's English-Speaking Population 2013-2018, A discussion document based on a consultation of Quebec's English-speaking population October 2011*.

[3] Government of Quebec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan stratégique 2010-2015*

ACTIONS

CHALLENGE 1
Undertaking efforts before problems occur and reducing inequalities in health and well-being

Aim 1.1
Act in a concerted manner on the key determinants of health and well-being

- *"The presence of community organizations is an important element in the improvement of access to services in English," p. 9.*
- *Certain prevention campaigns can enhance their effectiveness through community organizations, p. 9.*
- *Prevention and screening programs are well established throughout Quebec, although less so for First Nations residents, p. 5.*
- *Mammograms, anti-smoking campaigns, and anti-bullying campaigns have been reported to be much more available in English in urban regions and less or not at all available in rural and remote regions, p. 49.*

Area of focus: Prevention in continuums of service

1.1.1 Ensure the implementation of the promotion, prevention, and protection activities provided for in the provincial public health program (Programme national de santé publique or PNSP).*

1.1.2 Support the inclusion of prevention in front-line clinical services, giving priority to the following issues:
- ✓ sexually transmitted and blood-borne infections;
- ✓ lifestyles and chronic diseases;
- ✓ falls among older people;
- ✓ suicide.

Area of focus: Intersectoral action

1.1.3 Enhance cooperation with partners from other activity sectors to act on the key determinants of health and well-being (lifestyles and safe behaviour, education, employment, lodging, etc.).

1.1.4 Enhance support to workers and managers involved in developing healthy communities.

CHALLENGE 2
The primacy of front-line services in terms of including and prioritizing services

Aim 2.1
Improving access to general front-line services

- *Improving access to services for the entire population, for example with more physicians, longer clinic hours, and more prevention, p. 7.*
- *Expanding the scope of activity of nurse practitioners: allow them to perform a broader variety of tasks; they would thus lighten the pressure on physicians, making them more available; nurse practitioners provide quality services and are often bilingual, p. 61.*
- *Certain members of First Nations communities encounter rejection in CLSC or CSSS clinics. They are told that they have their clinics on the reserve and that's where they should go, p. 41.*

Area of focus: Medical and nursing services
2.1.1 Ensure the registration and case management of people by a family physician.
2.1.2 Promote the group, comprehensive, and interdisciplinary practice of family medicine through the establishment of family medicine groups (FMGs) (or equivalent models).
2.1.3 Enhance the availability of specialized nurse practitioners (SNPs) in front-line care.

Area of focus: Psychosocial services
2.1.4 Provide rapid telephone access to consultations in terms of psychosocial services (information, interventions, referrals, guidance, professional opinions, and advice) by CSSS professionals in psychosocial intervention, 24 hours a day, 7 days a week.

Aim 2.2
Ensure ongoing interdisciplinary follow-up/monitoring of client groups with particular needs

- *Attention to very specific problems, whose gravity is perceived by key informants (First Nations participants) as accelerating rapidly: substance abuse, cancer, mental health, suicide, diabetes, coronary disease, family crises: family violence, care of the elderly and violence towards them, placement of children, kidney failure, access to drinking water, p. 62.*

Area of focus: People suffering from chronic diseases or cancer
2.2.1 Encourage self-management and the rehabilitation of people suffering from chronic diseases in a continuum of care.
2.2.2 Improve the coordination of oncology care and services for people diagnosed with cancer and their loved ones.

Area of focus: Youth in difficulty, people with mental health problems, and people who are addicted

- *Outside of urban areas, mental health services are not easy to access, generally speaking, p. 28.*
- *For more chronic conditions, such as depression, among others, waiting lists are long, p. 28.*
- *Participants spoke of the difficulty of accessing services for alcoholism, legal and illegal drug addiction, and gambling problems, p. 28.*
- *In semi-urban, rural, and remote areas, participants often reported limited access to services for troubled youth, which becomes more limited the further one is from an urban area, p. 46.*
- *Participants reported the limited number of English-speaking foster families, especially in rural and remote regions, p. 46.*

2.2.3 Act in a concerted way to reduce the difficulties experienced by youth and families, including issues of negligence and behavioural disorders, as per the aims regarding troubled youth.
2.2.4 Promote continuity of care and stability of relationships for children placed under the *Youth Protection Act*.
2.2.5 Provide people who need them with front-line mental health services through an interdisciplinary team.
2.2.6 Provide access to community integration services for adults with serious mental disorders.
2.2.7 Facilitate access to front-line services in drug addiction and gambling for people at risk of abuse or addiction.

Area of focus: People with a disability and their families

2.2.8 Ensure the coordination of services provided by a number of institutions to people with a disability and their families

- *A large number of parents involved reported difficulty obtaining the appropriate service after the initial assessment. It seems that services are generally limited, especially in rural and remote regions, and that these services are even rarer in English, p. 47.*
- *Participants whose children need services in cases of speech, language, and hearing impairments spoke of the difficulty of accessing them, especially in English, p. 47.*

Aim 2.3
Meet the needs of an aging population

- *In terms of care for older people: improve direct services and well-being initiatives, intensify the level of care offered at home, and expand support for natural caregivers, p. 8.*

- *Natural caregivers assume a heavy burden with limited support to find the time required and cope with the stress related to the medical and psychosocial needs of their family members, p. 4.*
- *English-speaking natural caregivers who take care of older people are less present in rural and remote areas, p. 5.*

Area of focus: Integrated service networks

2.3.1 Continue the development of integrated service networks for people experiencing age-associated loss of autonomy (RSIPA) in each local area, promoting their implementation as defined in the Ministère's guidelines.[4]

Area of focus: Service adaptation

2.3.2 In hospitals, promote the adoption of organizational and clinical practices adapted to the particular needs of older people.

Aim 2.4

Promote support at home for people with disabilities

- *Youth with special needs (ex. troubled youth, children with developmental delays or disorders) face long wait times for assessments and services, which at times risks compromising their future development, p. 4.*
- *Their parents also encounter problems due to isolation and lack of social support to cope with the impact of providing care to children who have such pronounced needs; the long-term perspectives are rather dismal for the child and parents, p. 4.*
- *Access to mental health services is limited, especially further from urban centres, p. 4.*

Area of focus: Home care services

2.4.1 Define the home care services available for all client groups likely to require these services, including families and caregivers, based on the profiles of needs and living environments, specifying the ways in which users contribute.

2.4.2 Ensure overall availability of long-term home care services to adapt to the increasing needs of all client groups, including families and caregivers.

Area of focus: Diversification of living environments

2.4.3 Increase and diversify the availability of living environments accessible to people with significant and persistent disabilities (older people experiencing loss of autonomy, people with disabilities, people with mental health issues, and others).

[4] Support and assist the individual and his/her caregivers: a clearer idea of services available and make the public aware of them.

CHALLENGE 3
A reasonable timeframe for accessing services

Aim 3.1
Ensure access to services within acceptable timeframes

- *A number of suggestions aiming to improve access to services for the entire population, such as more doctors, longer clinic hours, and more prevention, p. 7.*

Area of focus: Social and rehabilitation services

3.1.1 Provide people with disabilities access to the services they need within set timeframes:
- ✓ For people for whom the request is at the urgent priority level: three days;
- ✓ For people for whom the request is at the high priority level: 30 days in a CSSS and 90 days in a rehabilitation centre;
- ✓ For people for whom the request is at the moderate priority level: 1 year.

3.1.2 Provide access for people with an addiction to specialized assessment services within a timeframe of no more than 15 working days.

Area of focus: Medicine and surgery

3.1.3 Provide people registered in the central system with access to surgery within a six-month timeframe.

3.1.4 Provide people with cardiovascular disease with services within the set timeframes.

3.1.5 Provide people with cancer with services within a 28-day timeframe.

Area of focus: Emergencies

3.1.6 Provide an acceptable duration of stay in emergency for people on stretchers.

Area of focus: Mental health

3.1.7 Provide people with mental health problems with access to:
- ✓ specific front-line services offered by CSSSs within 30 days;
- ✓ specialized secondary and tertiary services within 60 days.

Area of focus: Referrals to specialized medical services

- *For patients from remote areas, access to specialized medical services is often synonymous with travelling long distances for all patients, at times by plane, regardless of the language of service desired, p. 43.*

3.1.8. Improve access to diagnostic services and medical specialists for people with symptoms of certain clinical conditions and referred by a family doctor:
- ✓ Percentage of CSSSs having established a mechanism for access to diagnostic services and medical specialists for people presenting clinical conditions of a subacute or semi-urgent nature and referred by a family doctor.

CHALLENGE 4
Service quality and innovation

Aim 4.1
Ensure the quality and safety of care and services

- *Participants generally agreed that quality is one of the system's strong points. They stated that once access obstacles are overcome, the quality of service is generally good or very good, p. 17.*

Area of focus: Integrated quality process
4.1.1 Develop a quality assurance policy that leads to:
- ✓ providing an integrated vision of quality assurance;
- ✓ harmonizing the various quality evaluation and assessment mechanisms;
- ✓ specifying the procedures for implementing and monitoring established standards.

Area of focus: Practice guides
4.1.2 Support the implementation of clinical standards and practice guides in the health and social services network.

Area of focus: Control of hospital-acquired infections
4.1.3 Maintain the rates of hospital-acquired infections subject to provincial surveillance below or equal to the established thresholds.

Aim 4.2
Enhance the value placed on the university mission within the health and social services network

- *The availability of health care and social services in English depends above all on the ability of the network's professional staff and employees to use English and the success of the efforts to support language training, as well as the ongoing recruitment and retention of bilingual staff, p. 8.*

Area of focus: Niches of expertise and training
4.2.1 In each institution, identify niches of expertise in health and social services in terms of complementarity among institutions with a university mission.
4.2.2 Provide training and ensure the availability of adapted and diverse internship settings, in particular for basic disciplines in Quebec's regions.

Area of focus: Evaluation and knowledge transfer
4.2.3 Promote the transfer of knowledge from research intended for and adapted to the health and social services network.
4.2.4 Ensure the evaluation of health and social services technologies and intervention (or practice) methods in institutions with university designation.

Aim 4.3
Ensure the incorporation and circulation of clinical information

- *Computerization could simplify the management of referrals to another specialist, whether in the area of medical or social services, p. 61.*
- *Better provisions to ensure effective follow-up of medical care, especially with respect to the link between clinics and emergency services with the specialist, p. 61.*
- *The creation of an ongoing knowledge base regarding English-speaking users in the health and social services network, p. 65.*

Area of focus: Computerized clinical files

4.3.1 Support the use of electronic medical files (EMF) in medical clinics and computerized clinical files (DCF) in institutions.

4.3.2 Implement the Quebec Health Record (QHR) and incorporate it in the network's computerization strategy.

CHALLENGE 5
The attraction, retention, and optimal contribution of human resources

Aim 5.1
Ensure balance between the offer of and demand for a qualified work force

- *The availability of health care and social services in English depends above all on the ability of the network's professional staff and employees to use English and the success of the efforts to support language training, as well as the ongoing recruitment and retention of bilingual staff, p. 8.*
- *Enhance the bilingualism of professionals and employees in institutions and clinics, p. 8.*
- *Measures such as adapted practical internships for students who are taking professional training programs in English are an example of this. More must be found and efforts made to put them in place, p. 64.*

Area of focus: Availability of medical work force

5.1.1 Ensure an equitable distribution of residency positions between general practice and specialized medicine.
5.1.2 Ensure an equitable distribution of family doctors and specialists in all Quebec regions.

Area of focus: Availability and optimal use of the network's work force

5.1.3 Produce and annually update the work force plan at the local, regional, and provincial levels in such a way as to identify and implement strategies to ensure a balance between the required and available staff.
5.1.4 Ensure optimal use of staff competencies by rallying institutions to conduct a concerted approach to review processes regarding care and services and work organization.
5.1.5 Reduce the time worked as overtime in all activity sectors.
5.1.6 Reduce reliance on self-employed workers in clinical activity sectors.

Area of focus: Availability of management staff and evolution of management practices

5.1.7 Implement innovative initiatives regarding the role and responsibilities of managers to improve their working conditions and support.
5.1.8 Put in place a new-generation, senior-level, management staff program (director general and assistant director general) on a province-wide scale.

Aim 5.2
Offer attractive and rewarding working and practice conditions

- *Users of the system worry about the staff working there, due to the great pressure the departments place on them, the limited support given to staff, and the impression given by young professionals entering the network that they are not as devoted to their tasks, p. 5.*

Area of focus: Retention and enhanced well-being at work

5.2.1 Implement measures to improve the work climate and promote the health and well-being of staff in the network and the Ministère by relying on programs like *Entreprise en santé*.

5.2.2 Promote the adaptation of new-generation professionals to the profession and the work environment.

CHALLENGE 6
Efficient, effective, and accountable management

Aim 6.1
Improve the performance of the health and social services system

- *There is no central source of well-documented, up-to-date information on the health and social services needs of English-speaking populations, p. 9.*
- *Such a source of information would be useful for both the system's planners and community leaders, p. 65.*

Area of focus: Optimization of the use of resources

6.1.1 Implement structured projects on the optimization of the use of resources leading to enhanced performance for the health and social services network, focusing on:
- ✓ The rationalization of the processes of delivering clinical services (ex. operating rooms, imaging core facilities, etc.), administrative services, and ancillary services (ex. laundry, procurement, storage, and purchasing);
- ✓ The rationalization of technological and computer infrastructure.

6.1.2 Develop comparative productivity improvement indicators in certain sectors.

Area of focus: Performance monitoring and feedback

6.1.3 Assess the performance of the health and social services system and provide feedback on the results.

Aim 6.2
Ensure more accountable governance

- *The Agences – need more latitude and resources to support the adaptation of services on a local scale for purposes of increasing access in English. They would thus be able to meet especially pressing regional needs, such as better integration of the two health systems (federal and provincial) offered to First Nations populations, p. 8.*

Area of focus: Sharing responsibilities and accountability rules

6.2.1 Clarify the sharing of responsibilities among provincial, regional, and local levels, as well as the accountability rules, from the perspective of subsidiarity.

Area of focus: Review of administrative processes

6.2.2 Lighten the administrative standards and rules in effect.

OTHER CHALLENGES 7

Canada-Quebec Agreement

Aim 7.1
Accessibility of information on services offered in English

- *A pressing need is being felt to centralize and more broadly disseminate up-to-date information on the location of services available in English, p. 8.*
- *Consultation participants repeatedly mentioned difficulty finding complete, up-to-date information on services that exist in English. The information in question relates to services in the public network of institutions, professionals in private practice, and services offered by community organizations, p. 65.*

Area of focus:

7.1.1 Promote the implementation of information campaigns on the accessibility and delivery of health and social services in English related to:
- ✓ access programs 2011-2014

7.1.2 Encourage the sharing of up-to-date clinical documents available in English among institutions, community organizations, etc.

7.1.3 Promote access to clinical software tools in English for English-speaking users (Internet and information systems).

Support for community organizations

Aim 7.2
Reception and support services

- ✓ *Organize social support in English in cities that English-speaking people have to go to receive specialized services, p. 8.*
- ✓ *Organization of a reception service in cities and towns where English-speaking people go for specialized medical services, p. 62.*

Area of focus: Revision of administrative processes

7.2.1 Promote the implementation of reception and support services in Quebec City, Sherbrooke, and Montreal.[5]

[5] Social support or reception services.