« BÂTIR SUR LES FONDATIONS – AMÉLIORER LES RÉSULTATS POUR LA SANTÉ ET ACCROÎTRE LA VITALITÉ DES COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES DU QUÉBEC »

RAPPORT PRÉSENTÉ AU MINISTRE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ

SOUMIS PAR LE COMITÉ CONSULTATIF DES COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE

AOÛT 2007

RAPPORT PRÉSENTÉ AU MINISTRE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ

Préparé par le Comité consultatif des communautés anglophones
en situation minoritaire

Avec le soutien du Bureau d'appui aux communautés
de langue officielle, Santé Canada
Indice de l'adresse : 1903C
Immeuble Jeanne-Mance, pré Tunney
Ottawa, Ontario K1A 0K9

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada

N^{o} de catalogue : H21-295/2007F-PDF
ISBN : 978-0-662-09748-8

L'honorable Tony Clement
Ministre de la Santé
Chambre des communes
Ottawa (Ontario) K1A 0A6

Monsieur le Ministre,

À titre de coprésidents du Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire, nous avons le plaisir de soumettre le présent rapport à votre examen.

Le premier rapport du Comité consultatif a été présenté en juillet 2002 et dressait un tableau de la situation du million d'Anglophones du Québec sous l'angle de leurs caractéristiques démographiques et de leur accès aux services de santé et aux services sociaux. Le rapport présentait également des recommandations en vue d'améliorer l'accès aux services de santé en anglais au Québec, recommandations qui ont pour la plupart été financées et mises en oeuvre au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008.

Ce deuxième rapport fait le point sur les changements intervenus dans les communautés anglophones en situation minoritaire depuis la publication du premier rapport, décrit dans ses grandes lignes l'évolution des services de santé et des services sociaux offerts au Québec et synthétise les résultats des initiatives prises en vue d'améliorer l'accès aux services en anglais à la grandeur du Québec au cours des cinq dernières années. Le rapport évalue également les besoins et les priorités actuels des communautés anglophones en situation minoritaire et présente une série de recommandations qui visent à exploiter les progrès accomplis à ce jour et à améliorer les retombées des interventions dans le domaine de la santé pour les minorités anglophones du Québec.

Le présent rapport est le fruit d'une collaboration entre des membres et des organisations des communautés et entre des professionnels de la santé et des établissements. La contribution de ces divers intervenants démontre bien leur engagement inébranlable à améliorer l'état de santé et la vitalité des communautés anglophones en situation minoritaire au Québec.

Nous serions ravis de vous rencontrer pour vous présenter notre rapport et échanger des idées sur toute démarche future susceptible d'aider les communautés de langue anglaise en situation minoritaire dans le secteur de la santé.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de notre très haute considération.

Marcel Nouvet Eric Maldoff

Coprésidents

TABLE DES MATIÈRES

LES COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES DU QUÉBEC 6

RÉSUMÉ 9
Les nouvelles priorités du gouvernement du Canada 9
Mise à jour de la stratégie de 2002 9
Contexte communautaire 10
Bâtir les fondations : résultats de la stratégie de 2002 11
Plan d'action détaillé : stratégies efficaces 13
Priorités et recommandations 15

INTRODUCTION 20
Les nouvelles priorités du gouvernement du Canada 20
Mandat du Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire (CCCASM) 21
Le rapport de 2002 du Comité 22
Mise à jour de la stratégie de 2002 23

CONTEXTE COMMUNAUTAIRE 24
L'importance de l'offre de services sociaux et de santé en anglais 24
Portrait de la vitalité des communautés minoritaires d'expression anglaise 25

- Vitalité démographique 25
- Déterminants de l'état de santé 27
- Évolution du réseau de santé et de services sociaux du Québec 33
- Incidence des réformes du système sur les établissements qui desservent la population d'expression anglaise 33
- Le nouveau contexte du réseau de santé et de services sociaux du Québec 35

BÂTIR LES FONDATIONS : RÉSULTATS DE LA STRATÉGIE DE 2002 37
Activités financées par le Plan d'action fédéral 38

- Bâtir les fondations : Réseautage et collaboration 38
- Bâtir les fondations : soins de santé primaires 43
- Bâtir les fondations : formation et développement des ressources humaines 46

Activités non financées par le Plan d'action fédéral 52

Bâtir les fondations : recherche et information stratégique 52

Bâtir les fondations : technologie 54

Bâtir les fondations : Santé de la population 56

PLAN D'ACTION DÉTAILLÉ : STRATÉGIES D'AMÉLIORATION DES RÉSULTATS 57

Première stratégie : consolidation de nouveaux réseaux de communautés et de partenariats publics 57

Deuxième stratégie : cinq points d'entrée stratégiques pour les mesures visant à améliorer les résultats pour la santé 58

Troisième stratégie : guider les politiques publiques et influer sur les actions du gouvernement 62

Quatrième Stratégie : développement des connaissances stratégiques 63

BESOINS, PRIORITÉS ET RECOMMANDATIONS 65

Plan d'intervention 65

Maintien et constitution de réseaux de communautés et de partenaires publics 65

Investissement stratégique à long terme dans de nouveaux modèles d'organisation de services dans le but d'améliorer les résultats pour la santé dans les communautés anglophones minoritaires 66

Maintien et accroissement de la formation et du perfectionnement des ressources humaines 67

Promotion de la recherche et de l'information stratégique 70

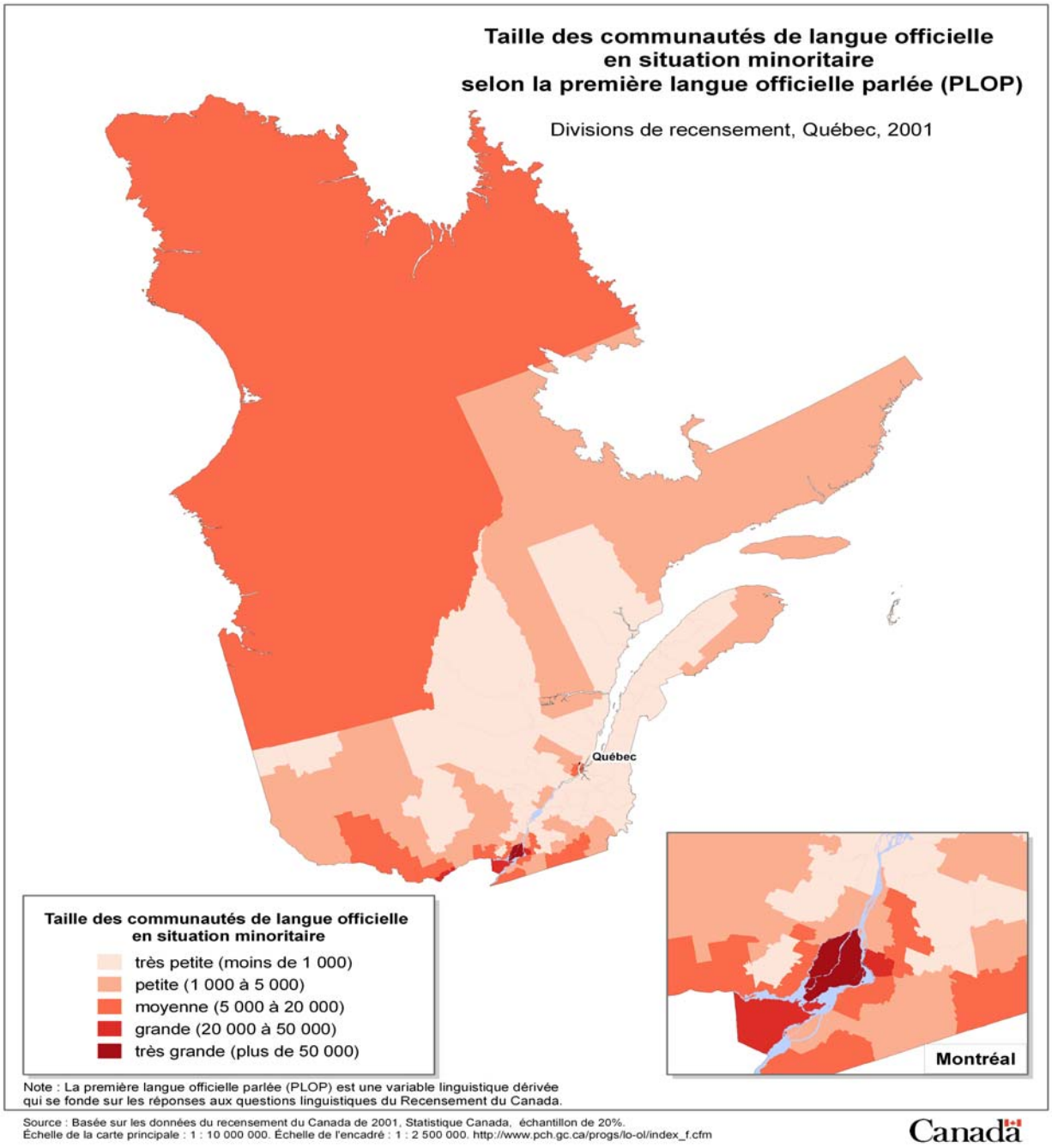
Promotion de la technologie pour mieux servir les communautés minoritaires d'expression anglaise 71

Promotion de stratégies de santé publique et de santé de la population pour les communautés minoritaires d'expression anglaise 72

BIBLIOGRAPHIE 73

LES COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES DU QUÉBEC

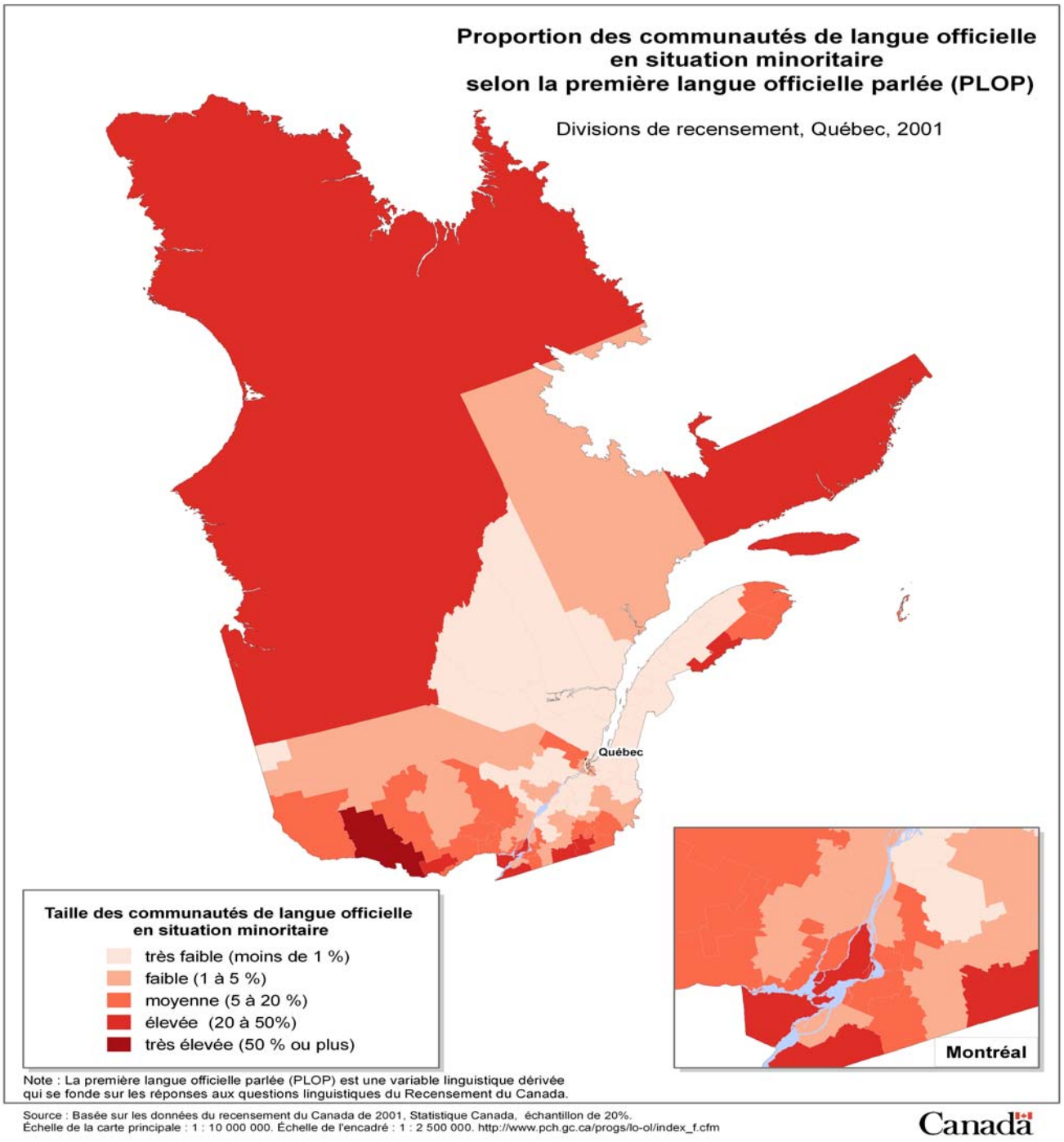
TAILLE DES COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES DU QUÉBEC[1]



Carte produite par l'équipe de recherche, Programmes d'appui aux langues officielles, Patrimoine canadien, octobre 2006

[1] La grande région en rouge en partie supérieure gauche de la carte englobe les populations cries et inuites.

LES COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES DU QUÉBEC PAR RAPPORT À LA POPULATION DE LEURS RÉGIONS[2]



Carte produite par l'équipe de recherche, Programmes d'appui aux langues officielles, Patrimoine canadien, octobre 2006

[2] La grande région en rouge en partie supérieure gauche de la carte englobe les populations cries et inuites.

POPULATION D'EXPRESSION ANGLAISE DU QUÉBEC PAR RÉGION ADMINISTRATIVE DU RÉSEAU DE SANTÉ, 2001[3]

Région administrative du réseau de santé		Nombre d'anglophones (première langue officielle parlée)
Région 01	Bas-Saint-Laurent	820
Région 02	Saguenay-Lac-Saint-Jean	1 765
Région 03	Québec	11 065
Région 04	Mauricie et Centre-du-Québec	4 885
Région 05	Estrie	23 390
Région 06	Montréal	563 940
Région 07	Outaouais	53 945
Région 08	Abitibi-Témiscamingue	5 315
Région 09	Côte-Nord	5 740
Région 10	Nord-du-Québec	310
Région 11	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	9 740
Région 12	Chaudière-Appalaches	2 685
Région 13	Laval	53 385
Région 14	Lanaudière	8 215
Région 15	Laurentides	30 565
Région 16	Montérégie	129 125
Région 17[4]	Nunavik	5 225
Région 18[5]	Terres-Cries-de-la-Baie-James	8 850
TOTAL		918 965

[3] Selon la première langue officielle parlée. J W COMM pour le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux , Recensement de 2001 du Canada.
[4] Population inuite majoritaire.
[5] Population crie majoritaire.

RÉSUMÉ

LES NOUVELLES PRIORITÉS DU GOUVERNEMENT DU CANADA

Le rapport confirme l'identité des communautés d'expression anglaise du Québec dans le contexte de la déclaration du premier ministre Stephen Harper concernant l'engagement du gouvernement envers les communautés minoritaires de langue officielle dans le discours qu'il a prononcé à Embrun, Ontario, en mars 2007. Le rapport propose un plan détaillé pour la nouvelle action fédérale reflétant la priorité fondamentale du ministre de la Santé, soit améliorer la santé de certains groupes démographiques.

Il fait état de points d'entrée stratégiques qui ont été relevés au sein du réseau québécois de santé et des services sociaux où les nouveaux investissements de l'administration fédérale visant à améliorer les résultats pour la santé de certains groupes, comme les enfants, les adolescents et les aînés, peuvent profiter aux programmes d'intervention clés destinés aux populations locales desservies par les nouveaux services communautaires. Les difficultés particulières de la clientèle anglophone vulnérable sont indiquées dans le rapport. Par ailleurs, le modèle communautaire québécois y est proposé comme structure pour la nouvelle aide fédérale dans des domaines comme la santé mentale et la toxicomanie.

L'accès opportun des communautés minoritaires anglophones isolées à des soins médicaux spécialisés y est présenté comme une priorité. Les nouvelles ressources fédérales pourraient appuyer le projet de création de « corridors d'accès » aux services médicaux spécialisés pour assurer à la population générale un accès équitable aux soins, y compris aux Québécois d'expression anglaise.

Le rapport mentionne que les Québécois d'expression anglaise travaillent à titre de partenaires dans le réseau québécois de santé et des services sociaux dans le but d'améliorer les résultats pour la santé et d'accroître la vitalité de leurs communautés. L'intention n'est pas de créer un réseau parallèle, mais plutôt de garantir l'intégration complète des services offerts aux anglophones dans le nouveau contexte du réseau québécois de santé et des services sociaux.

MISE À JOUR DE LA STRATÉGIE DE 2002

En juillet 2002, le Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire (CCCASM) remettait son premier rapport au ministre fédéral de la Santé. Cinq mécanismes y étaient définis, dont trois étaient financés au niveau fédéral par le *Plan d'action pour les langues officielles*, soit le réseautage communautaire et institutionnel, l'adaptation des modèles de prestation de services (soins de santé primaires) ainsi que la formation et le développement des ressources humaines. En 2006, le Comité a approuvé un cadre de planification stratégique pour recenser des mesures à long terme visant à concrétiser les recommandations du premier rapport et à définir les priorités des mesures fédérales pour la période à venir. Le présent rapport au ministre fait le point sur le portrait des communautés minoritaires d'expression anglaise et décrit le nouveau contexte du réseau de santé et de services sociaux du Québec. Il passe en revue les résultats du Plan d'action fédéral, en soulignant les défis de la mise en œuvre, et fait état des résultats d'autres mesures qui ne relèvent pas du Plan. Un plan d'action détaillé est présenté comme cadre pour proposer six mécanismes regroupant 20 recommandations d'un plan d'intervention. Le plan aborde les nouveaux défis que comporte l'assurance de la santé et du bien-être des communautés minoritaires d'expression anglaise.

CONTEXTE COMMUNAUTAIRE

Caractéristiques démographiques et caractéristiques des déterminants de la santé

Le rapport confirme l'importance de l'offre de services sociaux et de santé en anglais, citant le rôle de la langue et de la culture dans l'éventail des facteurs qui influent sur l'état de santé des communautés minoritaires d'expression anglaise. Un résumé de l'incidence des tendances démographiques de même que des obstacles à l'accès qui ont été recensés confirment la conviction des fournisseurs de services et des organisations communautaires selon laquelle l'accès pour les personnes d'expression anglaise doit être une priorité absolue du système public.

Une base de données est présentée comme fondement pour la détermination des besoins communautaires et des priorités d'action. Le portrait de la vitalité des communautés minoritaires d'expression anglaise comporte les plus récents renseignements sur les caractéristiques démographiques et les caractéristiques des déterminants de la santé. Le portrait fait état d'un déclin démographique généralisé des communautés, dans la plupart des régions, et d'une chute importante dans certaines régions. Le rapport relève le phénomène des communautés vieillissantes et la perte de membres d'âge adulte qui assurent traditionnellement le soutien social. Il souligne l'importance du revenu comme déterminant de la santé, avec la présentation de groupes vulnérables subsistant au moyen d'un faible revenu. Le portrait des familles à faible revenu est généralisé dans toutes les régions et fait ressortir l'infériorité relative de bien des communautés minoritaires d'expression anglaise comparativement à la majorité d'expression française. Le rapport établit un lien, en outre, entre le faible niveau de scolarité et l'isolement géographique.

Les communautés minoritaires d'expression anglaise affichent généralement un taux de chômage plus élevé que les communautés francophones de leurs régions. Le manque d'emploi est alarmant dans environ la moitié des régions administratives. Dans le contexte national, les communautés minoritaires d'expression anglaise sont en deuxième place, après le Nouveau-Brunswick, au plan du taux élevé de chômage comparativement aux collectivités majoritaires adjacentes.

Le rapport traite de la vulnérabilité des communautés minoritaires anglophones en ce qui a trait aux environnements sociaux et aux réseaux de soutien social. Les renseignements recueillis font ressortir un sentiment moins aigu d'appartenance aux communautés locales comparativement à d'autres groupes. La conviction de la menace qui pèse sur l'avenir des communautés minoritaires anglophones est répandue, et le rapport signale des indices d'exode des jeunes. Il décrit le phénomène du recours répandu à la famille et aux amis en cas de maladie, de même que les taux très élevés de soins non rémunérés aux aînés dans les communautés minoritaires d'expression anglaise, comparativement aux autres groupes.

Le rapport brosse un portrait national révélateur de l'emploi des services de santé par les minorités de langue officielle et les groupes majoritaires. L'étude montre que les communautés minoritaires anglophones ont reçu une cote inférieure à celles de tous les autres groupes en ce qui concerne la présence d'un médecin de famille, le recours aux services hospitaliers et la difficulté de voir un spécialiste. L'étude fait aussi état d'écarts significatifs dans la cotation de la qualité des soins de santé et des services communautaires et de la satisfaction envers ceux-ci.

Ce portrait fait ressortir l'étendue de l'accès à la gamme de services sociaux et de santé en anglais en insistant sur les disparités régionales. Il définit pour la première fois le degré d'accès aux services dans l'Est de Montréal. Il relève en outre le phénomène de la sous-représentation des professionnels d'expression anglaise dans le réseau de santé et de services sociaux du Québec.

Évolution du réseau de santé et de services sociaux du Québec

Le rapport traite de l'incidence des réformes du système sur les institutions qui desservent la population d'expression anglaise. Il décrit les changements aux mandats d'institutions historiques desservant la communauté, de même que la réalité de l'obtention des services en anglais d'institutions francophones dans les régions hors de Montréal. Il souligne aussi les problèmes de l'accès aux services en anglais dans l'Est de Montréal. Bien que le défi de la mobilisation de la communauté pour combler les lacunes persistantes de l'accès demeure, de nouvelles orientations du système québécois, de même que les investissements fédéraux dans le cadre du Plan d'action suscitent un contexte favorable à l'amélioration de l'accès à la gamme de services.

Le rapport décrit aussi les principales caractéristiques des réformes du Québec, dont la création de 95 réseaux locaux de services ainsi que des réseaux universitaires intégrés de santé pour faciliter l'accès aux services médicaux ultraspécialisés et pour coordonner l'enseignement, la recherche et la formation[6]. Il cite la nouvelle stratégie de santé publique au nombre des caractéristiques de la réforme. Il souligne le rôle important des projets cliniques et organisationnels comme caractéristique complémentaire des programmes approuvés d'accès aux services en anglais. Le fait que la réforme du réseau de santé et de services sociaux du Québec coïncide avec les investissements du Plan d'action fédéral offre une occasion d'établir des rapports formels à long terme entre les communautés minoritaires d'expression anglaise et les fournisseurs de services. Une collaboration continue entre les deux niveaux de gouvernement et la reconnaissance des communautés minoritaires d'expression anglaise comme partenaires à part entière sont d'autres conditions relevées pour assurer le succès dans l'affrontement des défis à venir.

BÂTIR LES FONDATIONS : RÉSULTATS DE LA STRATÉGIE DE 2002

Réseautage et collaboration

Le rapport décrit les onze réseaux officiels qui réunissent les communautés minoritaires d'expression anglaise et fournisseurs de services. Cette activité de réseau a donné, entre autres, les résultats suivants : la production d'une base de connaissances pour chaque réseau; une plus grande participation de la communauté dans le réseau de santé et de services sociaux; le recensement des besoins et des priorités des communautés minoritaires anglophones; une meilleure coordination des divers participants à l'adaptation des services; le recrutement et la coordination de bénévoles; la conception de mécanismes d'information et d'aiguillage; la préparation du terrain pour la réorganisation structurelle à plus long terme et la conception de nouveaux services.

Trois défis sont relevés pour assurer la viabilité continue des réseaux. Cette viabilité des réseaux est tributaire de l'engagement continu des partenaires publics et de la faculté des communautés d'assurer leur capacité de maintenir le rôle de coordination de la communauté. La gouvernance de la communauté est au centre de chaque

[6] Fait référence au réseau universitaire intégré de santé (RUIS).

réseau. Elle doit fonctionner de manière à ne pas chevaucher les structures institutionnelles de gouvernance ni à transférer le programme de la communauté vers les structures publiques qui risquent de marginaliser les intérêts des communautés minoritaires d'expression anglaise. Les communautés vulnérables posent un troisième défi étant donné que les réseaux actuels ne couvrent que 21 p. 100 de la population d'expression anglaise. Certaines de ces communautés n'ont pas la capacité de se mobiliser pour participer à une initiative de réseautage.

Soins de santé primaires

Les fournisseurs de services et les organisations communautaires participant à 37 projets affirment que les conditions d'accès aux services sociaux et de santé pour les communautés minoritaires d'expression anglaise se sont améliorées, ce qui a provoqué une hausse de la demande de services. Les projets renforcent la capacité des institutions publiques de servir les communautés minoritaires d'expression anglaise. Il y a augmentation du personnel capable de fournir les services en anglais, les services sont mieux adaptés pour répondre aux besoins et les besoins de la communauté sont mieux connus. Les anglophones sont de mieux en mieux informés des services, tandis que les liens se consolident entre les organisations communautaires et les fournisseurs de services.

Le défi comprend la nécessité d'élaborer des stratégies pour soutenir les résultats des investissements par des projets cliniques et organisationnels, lesquels sont l'élément central de la nouvelle approche populationniste en matière de prestation de services. Compte tenu de la complexité de la réorganisation des services et du changement structurel, une nouvelle stratégie d'investissement doit tenir compte de la réforme pluriannuelle en plusieurs étapes du réseau de santé et de services sociaux du Québec.

Formation et développement des ressources humaines

Le rapport décrit l'importance du rôle de l'Université McGill en tant qu'organisation responsable de la mesure puisqu'elle est l'unique établissement d'enseignement de langue anglaise qui offre une gamme complète de programmes d'études dans les domaines des services sociaux et de santé. L'université ajoute l'importante dimension de la recherche aux diverses initiatives de formation et de développement des ressources humaines qui sont intégrées au réseau de santé et de services sociaux du Québec. Cinq domaines d'activités de projet, dont les activités ont été exécutées en 2005-2006, sont présentés, soit la formation linguistique en anglais, langue seconde, de plus de 1 400 professionnels francophones; les 22 partenariats pilotes de stages pour retenir les professionnels dans les régions; la diffusion d'émissions sur la santé publique par Telehealth à 11 communautés isolées; la conception d'un programme de soutien professionnel à distance; la mise sur pied d'une équipe de recherche interuniversitaire.

Le défi consiste notamment en l'intégration de la formation linguistique dans les priorités de développement des ressources humaines du réseau de santé et de services sociaux du Québec ainsi qu'en l'adaptation des pratiques de stages pour faire en sorte que les institutions publiques continuent de recruter des professionnels anglophones. Il est aussi important que ces professionnels aient des connaissances suffisantes du français.

L'exode des jeunes et le sous-emploi des anglophones dans le réseau québécois de santé et des services sociaux sont cités comme des priorités pour une action ciblée dans le but de rehausser la capacité des programmes

d'études dispensés en anglais dans les domaines de la santé et des services sociaux à recruter des étudiants anglophones des niveaux secondaire et collégial.

Un défi organisationnel pour Telehealth au niveau de la prestation de services aux communautés minoritaires d'expression anglaise se rapporte à un système de télécommunications déjà utilisé à pleine capacité qui doit servir de plate-forme pour la prestation de services à distance. Un autre défi consiste à veiller à ce que les « corridors » de service désignés fournis par les réseaux universitaires intégrés de santé ne fassent pas obstacle à l'accès aux programmes de Telehealth pour les communautés minoritaires d'expression anglaise.

Autres secteurs d'activité non financés par le Plan d'action fédéral

Le rapport décrit les activités dans le domaine de la recherche et de l'information stratégique. Des initiatives de développement des connaissances stratégiques dirigées par des organisations communautaires sont présentées, de même que des partenariats communautaires avec l'Université McGill pour formuler des orientations de la recherche en rapport avec les communautés minoritaires d'expression anglaise. La mobilisation des principaux acteurs dans un domaine qui n'est pas reconnu comme un domaine prioritaire de recherche pose un défi de taille.

En ce qui concerne l'application de la technologie pour améliorer l'accès aux services, le rapport fait remarquer que l'initiative Telehealth, qui engage le réseau de santé et de services sociaux communautaires, l'Université McGill et le Centre universitaire de santé McGill, nécessite un plan de viabilité pour présenter le modèle comme un moyen rentable de fournir les programmes de santé publique aux communautés minoritaires éloignées d'expression anglaise. De même, les projets pilotes du Centre communautaire d'acquisition du savoir (qui utilise les écoles comme points de prestation de services) doivent être validés comme moyen de bénéficier des programmes de soutien communautaire à distance avant que l'investissement puisse être accru pour répandre le modèle vers d'autres communautés.

Les stratégies de promotion de la santé communautaire qu'appuie l'Agence de la santé publique du Canada ont renforcé la capacité des communautés ciblées de cerner les déterminants de la santé dans le but d'accroître la collaboration entre les communautés, les organes de planification et les fournisseurs de services. De nouvelles connaissances sur les communautés minoritaires d'expression anglaise ont été acquises, l'économie sociale a été évaluée comme modèle pour la mise au point de services et un forum provincial a réuni des intervenants qui participent à des initiatives d'amélioration de l'accès aux services sociaux et de santé pour les communautés minoritaires d'expression anglaise. Le défi consiste à positionner les communautés pour les investissements futurs prévus dans le nouveau Plan de santé publique du Québec et dans une nouvelle stratégie nationale en matière de santé publique.

PLAN D'ACTION DÉTAILLÉ : STRATÉGIES EFFICACES

Le rapport présente quatre stratégies interdépendantes constituant les fondations du Plan d'intervention proposé, qui vise à améliorer les résultats pour la santé et à accroître la vitalité des communautés minoritaires d'expression anglaise au cours de la prochaine période.

Première stratégie : Consolidation de nouveaux réseaux de communautés et de partenaires publics

Des réseaux officiels sont la clé du maintien des améliorations à l'accès et de l'apport de changements organisationnels dans le système pour atteindre les objectifs à long terme. L'engagement des établissements historiques des communautés est un élément de viabilité. L'ouverture du réseau de santé et de services sociaux pour répondre aux besoins des citoyens anglophones est apparente dans la disponibilité des partenaires publics à établir une relation fonctionnelle avec les communautés. Le réseau provincial est un élément central qui lie divers autres éléments et établit des rapports de collaboration avec le gouvernement et les intervenants institutionnels, comme l'Université McGill.

Deuxième stratégie : Cinq points d'entrée stratégiques pour les mesures destinées à améliorer les résultats pour la santé

Le stade actuel de la réforme du réseau de santé et de services sociaux du Québec offre de nouvelles possibilités d'intégration de mesures visant à améliorer les résultats pour la santé dans les communautés anglophones. Le ciblage des points d'entrée est perçu comme un moyen efficace de veiller à ce que les mesures prises provoquent un changement organisationnel. L'incubation de nouveaux modèles de services constitue un point d'entrée qui favorise la conception de modèles de services au sein d'organisations novatrices dans le but de les intégrer (ou d'intégrer des versions adaptées) au réseau de santé et de services sociaux.

Un deuxième point d'entrée est une vaste intervention dans le système, laquelle favorise l'apport de changements dans tout le système qui ont une incidence structurelle ou à long terme sur l'accès aux services fournis en anglais. Le programme Info-Santé (ligne d'information sur la santé) et les systèmes de suivi des clients en sont des exemples. Un autre point d'entrée est l'adaptation des projets cliniques et organisationnels d'élaboration de services qui reflètent les caractéristiques et les besoins de la population d'un territoire donné. Il s'agit d'un point d'entrée clé, car il fournit la structure des programmes locaux pour les investissements fédéraux dans les nouveaux secteurs prioritaires, lesquels aideront les initiatives du réseau québécois de services communautaires. Le quatrième point d'entrée est l'adaptation des « corridors de service » des réseaux universitaires intégrés de santé pour veiller à ce que les patients anglophones puissent passer d'un niveau de services médicaux à un autre et être servis en anglais. Les nouvelles ressources fédérales dans ce domaine aideront les efforts que fait le Québec pour garantir à tous, y compris les communautés anglophones, un accès opportun aux services médicaux spécialisés. Enfin, l'adaptation des activités de prévention et de promotion vise à faire en sorte que les communautés minoritaires d'expression anglaise reçoivent des programmes de santé publique en anglais aux niveaux provincial, régional et local.

Troisième stratégie : Guider les politiques publiques et influer sur les actions du gouvernement

La démonstration de l'incidence des investissements satisfait aux exigences de reddition de comptes et contribue à façonner des politiques publiques qui auront une incidence à long terme sur l'état de santé des communautés minoritaires d'expression anglaise. La stratégie part du principe que les gouvernements et leurs organismes sont d'importants intervenants dans la mise en œuvre de stratégies d'amélioration des services.

Quatrième stratégie : Développement des connaissances stratégiques

Le développement des connaissances stratégiques est essentiel pour mobiliser les intervenants engagés dans les initiatives d'amélioration de l'accès aux services en anglais. Un domaine principal d'activités est le développement et la dissémination du savoir comme l'a démontré le réseau provincial. Un deuxième domaine touche la promotion de partenariats de recherche à l'appui des programmes de recherche interuniversitaires, l'établissement d'alliances de recherche entre la communauté et les universités, la mise sur pied de groupes stratégiques de chercheurs et la conception de travaux de recherche appliquée portant sur les réalités des environnements institutionnels et communautaires.

PRIORITÉS ET RECOMMANDATIONS

Le rapport propose un plan d'intervention qui énonce les mesures nécessaires pour améliorer les résultats pour la santé et accroître la vitalité des communautés québécoises d'expression anglaise.

PLAN D'INTERVENTION

MAINTIEN ET CONSTITUTION DE RÉSEAUX DE COMMUNAUTÉS ET DE PARTENAIRES PUBLICS

Recommandations

Il est proposé que :

1. d'après une évaluation des résultats obtenus, les onze réseaux actuellement financés reçoivent un financement continu et stable après 2007-2008;

2. les communautés vulnérables de 24 autres régions, qui constituent jusqu'à 30 p. 100 de la population d'expression anglaise du Québec, reçoivent un soutien pour le développement de réseaux;

3. les communautés vulnérables incapables de mobiliser les ressources nécessaires pour participer aux appels de proposition de réseau reçoivent un financement spécial pour leur permettre d'accéder à un programme de développement de réseaux.

INVESTISSEMENT STRATÉGIQUE À LONG TERME DANS DE NOUVEAUX MODÈLES D'ORGANISATION DE SERVICES AFIN D'AMÉLIORER LES RÉSULTATS POUR LA SANTÉ DANS LES COMMUNAUTÉS MINORITAIRES ANGLOPHONES

Recommandations

Il est proposé que :

4. les portions désignées du financement fédéral axé sur l'amélioration de la santé des Canadiens et, en particulier, sur l'appui des initiatives du Québec pour réformer son réseau de santé et de services

sociaux, soient orientées vers la conception de nouveaux modèles de prestation de services pour les communautés d'expression anglaise, en harmonie avec le plan pluriannuel de réforme du Québec;

5. une contribution fédérale pluriannuelle soit accordée pour la conception de nouveaux modèles de prestation de services pour les communautés minoritaires d'expression anglaise, conformément aux cinq domaines stratégiques d'intervention, afin d'assurer la durabilité des effets des mesures d'amélioration de l'accès aux services sociaux et de santé en anglais. Ces domaines sont :

   - le soutien des institutions tenant le rôle d'incubateurs de nouveaux modèles en vue de leur éventuelle intégration dans le système;
   - de vastes interventions dans le système qui optimisent l'incidence des mesures d'amélioration dans le réseau de santé et de services sociaux, comme Info-Santé et Info-Social, et les systèmes d'information de la clientèle;
   - l'adaptation des projets cliniques et organisationnels;
   - l'adaptation des corridors de service et des réseaux universitaires intégrés de santé;
   - l'adaptation des programmes de prévention et de promotion.

MAINTIEN ET ACCROISSEMENT DE LA FORMATION ET DU PERFECTIONNEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Recommandations

Il est proposé que :

6. une contribution fédérale pluriannuelle soit accordée pour la formation et le perfectionnement des ressources humaines du réseau de santé et de services sociaux du Québec pour appuyer sa capacité de servir les citoyens anglophones dans leur langue;

7. au cours d'une deuxième phase de formation linguistique, la priorité soit accordée à la conception d'un modèle pour documenter et évaluer l'incidence de la formation linguistique à la lumière de différentes variables et leurs effets sur l'offre de services en anglais;

8. au cours d'une deuxième phase de formation linguistique, la priorité soit accordée, d'une part, à l'élaboration de mesures de soutien de l'entretien des aptitudes en langue seconde qui englobe les professionnels, les organismes de formation et d'autres intervenants et, d'autre part, à l'intégration dans le milieu de travail des compétences linguistiques acquises par les professionnels inscrits aux programmes;

9. au cours d'une deuxième phase d'initiatives de stages et de maintien en poste, la priorité soit accordée à la conception de modèles éprouvés de stages et de rétention des professionnels dans les régions;

10. au cours d'une deuxième phase d'initiatives de stages et de maintien en poste, la priorité soit accordée à une mesure ciblée propre à accroître la capacité des programmes d'études dispensés en anglais dans les domaines de la santé et des services sociaux à recruter des jeunes anglophones;

11. une deuxième phase de soutien à distance de la communauté soit prolongée afin d'accroître la capacité de fournir des programmes de santé publique aux communautés minoritaires d'expression anglaise isolées ou mal desservies. La priorité devrait être donnée à une évaluation des pratiques exemplaires et de l'incidence des mesures sur l'offre de services en anglais;

12. une deuxième phase de soutien à distance des professionnels soit financée afin d'accroître, en conformité avec la création de corridors d'accès aux services de santé spécialisés et ultraspécialisés, la capacité d'accès à chaque réseau universitaire intégré de santé;

13. un nouvel investissement en formation et en développement des ressources humaines favorise l'acquisition du savoir et de nouvelles méthodes d'évaluation et soutienne un programme de promotion de la recherche;

14. un nouvel investissement en formation et en développement des ressources humaines propose les technologies de l'information comme moyens d'appuyer le perfectionnement professionnel grâce à la mise en réseau des professionnels de la santé et des services sociaux desservant les communautés minoritaires anglophones éloignées ou isolées et des autres professionnels desservant les anglophones.

PROMOTION DE LA RECHERCHE ET DE L'INFORMATION STRATÉGIQUE

Recommandations

Il est proposé que :

15. un plan d'action fédéral soit établi, avec des fonds réservés à la recherche sur les communautés de langue officielle en situation minoritaire;

16. un plan d'action fédéral comporte les éléments suivants :

    - des engagements ministériels coordonnés de financement de la recherche;

    - une politique nationale de promotion des communautés de langue officielle en situation minoritaire comme domaine de recherche afin de pousser les organes de financement de la recherche à ouvrir des concours;

- l’établissement de chaires universitaires et de programmes de formation pour recruter de jeunes chercheurs;

- l’élaboration de programmes conjoints de financement de la recherche engageant des ministères fédéraux et des organes de recherche;

- la promotion de protocoles d’accès aux données en collaboration avec Statistique Canada;

- la mise en œuvre d’un programme de financement afin d’accroître la capacité de la communauté de créer des connaissances, de stimuler la recherche et de participer aux partenariats de recherche;

- une stratégie pour lier la recherche entre les communautés de langue officielle en situation minoritaire et avec les universités du Québec ainsi que les organes de financement;

- un programme de financement propre à appuyer le transfert du savoir grâce à des partenariats entre les établissements d’enseignement et les communautés minoritaires anglophones dans le but de favoriser l’application optimale des nouvelles connaissances.

PROMOTION DE LA TECHNOLOGIE POUR MIEUX SERVIR LES COMMUNAUTÉS MINORITAIRES D’EXPRESSION ANGLAISE

Recommandations

Il est proposé que :

17. des enveloppes budgétaires consacrées à la mise sur pied de services aux communautés minoritaires d’expression anglaise soient réservées dans les principaux programmes d’infrastructure comme Inforoute Santé du Canada, la Fondation canadienne pour l’innovation et d’autres programmes fédéraux de contribution qui appuient la croissance de Telehealth du Québec;

18. des partenariats interministériels fédéraux avec les collectivités de langue officielle d’expression anglaise appuient l’expansion du rôle de nouveaux centres communautaires d’acquisition du savoir dans la prestation de services sociaux et de santé en anglais. Plus précisément, les fonds augmenteraient la capacité de la communauté de coordonner les programmes de soutien communautaire à distance dans le domaine de la santé publique au moyen de nouveaux réseaux de vidéoconférence.

PROMOTION DE STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE SANTÉ DE LA POPULATION POUR LES COMMUNAUTÉS MINORITAIRES D'EXPRESSION ANGLAISE

Recommandations

Il est proposé que :

19. une contribution fédérale soit fournie aux communautés d'expression anglaise du Québec pour appuyer leur participation au plan de santé publique du Québec lançant de nouvelles initiatives de santé publique aux niveaux provincial, régional et local;

20. l'Agence de la santé publique du Canada fasse activement la promotion des communautés minoritaires d'expression anglaise en tant qu'intervenants dans l'élaboration d'une nouvelle stratégie nationale en matière de santé publique.

INTRODUCTION

LES NOUVELLES PRIORITÉS DU GOUVERNEMENT DU CANADA

Ce rapport à l'intention du ministre fédéral de la Santé est une affirmation de l'identité des communautés québécoises d'expression anglaise dont a fait mention le premier ministre Stephen Harper dans le discours qu'il a prononcé à Embrun, Ontario, le 24 mars 2007, en déclarant : « Le succès du Canada en tant que pays repose sur la force de ses valeurs fondatrices et sur l'honnêteté intrinsèque de ses citoyens ». Par cette déclaration, le gouvernement a confirmé son engagement à appuyer le bilinguisme et à soutenir les communautés linguistiques en situation minoritaire[7].

La santé est une des priorités fondamentales du gouvernement. L'amélioration des résultats pour la santé de tous les Canadiens suppose la prise en compte des inégalités sur le plan de la santé qui caractérisent la population anglophone du Québec considérée comme une des deux communautés de langue officielle en situation minoritaire au Canada. Le rapport indique, preuves à l'appui, les facteurs démographiques et les déterminants de la santé qui agissent sur les résultats pour la santé dans les communautés minoritaires anglophones. En plus de proposer des bases pour de nouvelles initiatives, le rapport définit un plan détaillé pour une nouvelle intervention du fédéral.

L'amélioration de la santé de certains groupes de la population est une priorité fondamentale du ministre fédéral de la Santé. Des initiatives seront mises en route pour améliorer les résultats pour la santé de certains groupes, comme les enfants, les adolescents et les aînés. En comparaison avec les autres Canadiens, ces groupes sont aux prises avec des difficultés particulières. Dans les communautés québécoises d'expression anglaise, cette clientèle vulnérable est confrontée à des difficultés supplémentaires à cause de la langue, de l'isolement géographique, du vieillissement rapide des communautés et de l'incidence élevée de la précarité économique des familles et des jeunes.

Le réseau québécois de santé et des services sociaux se tourne vers les services communautaires. Le gouvernement de la province a reconnu l'existence d'un lien entre les conditions de vie et la santé des Québécois. La santé mentale et la toxicomanie sont les champs d'action de deux des huit programmes clés d'intervention pilotés par les nouveaux services communautaires offerts au Québec. Le modèle québécois est un exemple de structure à adopter pour la nouvelle intervention fédérale destinée à aider les initiatives provinciales qui ciblent ces priorités. Le rapport indique des points d'entrée stratégiques pour les nouveaux investissements fédéraux dans le réseau réformé du Québec qui combleraient les besoins des anglophones. Ces besoins incluent notamment l'accès opportun aux services médicaux spécialisés, surtout pour les patients anglophones des communautés éloignées ou isolées. L'intention du Québec de créer des corridors d'accès aux services de santé spécialisés est un grand pas vers la réduction des temps d'attente et la garantie d'un accès équitable aux soins pour l'ensemble des Québécois. Le rapport indique comment la contribution du fédéral à cette initiative du Québec aidera à faire en sorte que les besoins des anglophones seront pris en compte dans la réorganisation du réseau.

[7] Discours du premier ministre Stephen Harper à l'occasion du 9e Banquet de la Francophonie de Prescott et Russell, 24 mars 2007, à Embrun, Ontario.

Les Québécois d'expression anglaise travaillent à titre de partenaires dans le réseau québécois de santé et de services sociaux dans le but d'améliorer les résultats pour la santé et d'accroître la vitalité de leurs communautés. L'intention n'est pas de créer un réseau parallèle de services, mais plutôt de collaborer avec les fournisseurs de soins et le gouvernement dans le but de garantir que les mesures visant à améliorer l'accès des communautés anglophones sont entièrement intégrées dans le nouveau système qui desservira l'ensemble des Québécois.

MANDAT DU COMITÉ CONSULTATIF DES COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE (CCCASM)

En août 1994, le gouvernement du Canada a donné son aval à l'établissement d'un cadre de responsabilisation pour la mise en œuvre des articles 41 et 42 de la *Loi sur les langues officielles*. Ces dispositions engagent le gouvernement fédéral à stimuler la vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire et à assurer la participation des principaux ministères et organismes fédéraux dans leur développement. La *Loi* a été renforcée le 25 novembre 2005 avec l'adoption de la *Loi modifiant la Loi sur les langues officielles (promotion du français et de l'anglais)* visant à faire en sorte que toutes les institutions fédérales prennent des mesures positives pour s'acquitter de leurs obligations et donnant force exécutoire à la partie VII de la *Loi*.

Pour appuyer l'engagement du gouvernement du Canada à l'égard des communautés de langue officielle en situation minoritaire, le ministre fédéral de la Santé a mis sur pied, en octobre 2000, le Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire.

Le mandat du Comité figure ci-après :

- conseiller le ministre de la Santé sur des moyens d'accroître la vitalité des communautés minoritaires d'expression anglaise du Québec et de stimuler leur développement;

- conseiller le ministre de la Santé, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada relativement à des questions de coordination des initiatives fédérales en matière de santé;

- exprimer son point de vue sur les initiatives proposées à divers stades de leur élaboration et de leur mise en œuvre dans une optique d'incidence optimale sur les communautés anglophones en situation minoritaire du Québec;

- constituer une tribune pour contribuer à mettre à jour le plan d'action pluriannuel afin de permettre à Santé Canada de s'acquitter de ses obligations en vertu de l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles*;

- conseiller le ministre de la Santé, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada relativement à la mise en œuvre du Plan d'action fédéral pour les langues officielles;

- assurer la liaison avec les communautés anglophones en situation minoritaire du Québec de manière à faciliter la mise en commun des renseignements et assurer la liaison avec le Comité consultatif des

communautés francophones en situation minoritaire à l'extérieur du Québec dans une optique de stimulation de la vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Le Comité consultatif se compose des personnes suivantes :

- deux coprésidents, l'un représentant la communauté minoritaire anglophone et l'autre, le gouvernement du Canada;
- huit membres représentant les communautés anglophones en situation minoritaire;
- des hauts fonctionnaires de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada;
- le coordonnateur national de Santé Canada, article 41, partie VII, et le coordonnateur régional du Québec, au besoin;
- un représentant régional du Québec du ministère du Patrimoine canadien;
- deux cosecrétaires, l'un représentant la communauté minoritaire anglophone et l'autre, Santé Canada.

LE RAPPORT DE 2002 DU COMITÉ

En juillet 2002, le Comité a soumis un rapport au ministre fédéral de la Santé, lequel proposait un plan pluriannuel fondé sur cinq mécanismes d'amélioration de l'accès aux services sociaux et de santé en anglais pour les communautés d'expression anglaise du Québec. Pour atteindre cet objectif, une stratégie complète proposait des mesures de soutien au réseautage communautaire-institutionnel, à l'information stratégique, à l'emploi de la technologie, à l'adaptation des modèles de prestation de services ainsi qu'à la formation et au perfectionnement des ressources humaines.

Le Plan d'action fédéral pour les langues officielles lancé en mars 2003 s'est inspiré de ce rapport. Le Plan appuyait trois mécanismes que proposait le CCCASM : le réseautage communautaire-institutionnel, l'adaptation des modèles de prestation de services (soins de santé primaires) ainsi que la formation et le perfectionnement des ressources humaines. Un financement a été accordé pour la période de 2003 à 2008 pour le réseautage communautaire-institutionnel ainsi que pour la formation et le perfectionnement des ressources humaines. Les initiatives d'adaptation des soins de santé primaires reçoivent un appui jusqu'en mars 2007. D'ici mars 2008, l'engagement fédéral visant à améliorer l'accès aux services pour les communautés d'expression anglaise du Québec aura été de 30,1 millions de dollars.

Après avoir remis son rapport au ministre, le CCCASM a joué un rôle central dans la mise en œuvre du Plan d'action en désignant les trois organisations mandatées pour exécuter les trois mesures. Le Comité reste l'organe clé pour Santé Canada en ce qui concerne le recensement des mesures prioritaires, la désignation des bénéficiaires futurs des programmes de contribution et la surveillance de la mise en œuvre des mesures du Plan d'action actuel. Pour appuyer ce mandat, le Comité a conçu un cadre de planification stratégique, qui a été l'assise de la mise à jour de la stratégie de 2002

MISE À JOUR DE LA STRATÉGIE DE 2002

En 2005, le Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire a entrepris de passer en revue le mandat du Comité. Dans le contexte de ces discussions, il a été convenu qu'un exercice de planification stratégique serait mené pour établir un cadre afin de guider les activités à moyen et à long terme du Comité. Il en est né un Cadre de planification stratégique, lequel a été approuvé en mai 2006. Les priorités immédiates étaient de déterminer les actions à court et à moyen terme nécessaires pour remplir les obligations du *Plan d'action pour les langues officielles* et de combler le vide engendré par l'échéance du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires en mars 2007. En même temps, le cadre de planification décrivait des actions et activités à long terme qui feraient progresser les cinq mécanismes recommandés dans le rapport du Comité au ministre en 2001. Avec cette orientation, le CCCASM établit l'assise de la préparation du présent rapport décrivant les priorités de l'action fédérale dans la période à venir.

Ce rapport décrira les progrès qu'ont permis de réaliser les mesures du plan d'action actuel et proposera un plan d'intervention pour les initiatives après 2008. Le plan d'intervention est conforme à la stratégie de viabilité qui guide actuellement les actions pour assurer l'intégration des résultats des investissements actuels et futurs dans le réseau de santé et de services sociaux du Québec. Au moyen du processus de planification stratégique, le Comité a cherché à s'assurer que ses priorités sont ancrées dans les besoins reconnus des communautés anglophones en situation minoritaire, tout comme les orientations, les politiques et les programmes des partenaires du gouvernement. Cette orientation équilibrée et proactive est considérée comme garantissant le mieux possible les conditions du succès des efforts pour améliorer les résultats pour la santé et accroître la vitalité des communautés d'expression anglaise du Québec

CONTEXTE COMMUNAUTAIRE

L'IMPORTANCE DE L'OFFRE DE SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ EN ANGLAIS

Dans son rapport au ministre de 2002, le CCCASM fait remarquer que la langue est un facteur déterminant dans la prestation fructueuse de services sociaux et de santé. Selon un rapport de Santé Canada, « Des éléments convaincants permettent de prouver que les barrières linguistiques ont des répercussions sur l'accès initial aux services de santé »[8]. Un large éventail de facteurs influent sur l'état de santé des communautés, dont la langue et la culture. Sous l'angle de la santé de la population, les communautés pourraient être confrontées à des risques additionnels dans un environnement où l'accès à des services adaptés aux plans linguistique et culturel est limité en raison du statut de minorité[9].

Lorsqu'une gamme de déterminants de la santé et d'indicateurs démographiques sont combinés pour donner une mesure relative de la vitalité de la communauté, on constate que les communautés d'expression anglaise d'au moins dix des seize régions administratives du Québec sont à risque, aux plans linguistique et culturel[10]. La tendance va dans le sens d'une hausse de la vulnérabilité, avec la réduction de la taille des communautés minoritaires d'expression anglaise dans la majorité des régions administratives entre 1996 et 2001[11].

D'autres études ont confirmé que les obstacles linguistiques influent sur l'accès et la qualité des soins prodigués aux communautés en situation minoritaire. Les obstacles à la communication peuvent réduire le recours à des services préventifs, accroître le délai de consultation, y compris le nombre d'analyses et la possibilité d'erreurs de diagnostic et de traitement, nuire à la qualité des services qui nécessitent une communication efficace, comme les services sociaux, et réduire la probabilité d'observation du traitement ainsi que la satisfaction des utilisateurs à l'égard des services reçus[12].

En ce qui concerne les communautés minoritaires d'expression anglaise, les obstacles à l'accès restent une grande préoccupation de certaines institutions clés de services sociaux et de santé qui les desservent. Une majorité écrasante de fournisseurs de services et d'organisations communautaires qui participent aux mesures d'adaptation des soins de santé primaires du Plan d'action fédéral ont accordé une grande importance à l'accès comme priorité du système public. La population d'expression anglaise est confrontée à des obstacles à l'accès particuliers, notamment : la pénurie de ressources humaines capables d'offrir les services en anglais; l'absence d'un volume suffisant de demandes de service en anglais dans les régions à faible densité de population pour justifier l'offre de service; la difficulté à planifier les services en raison du manque d'information sur les besoins; les habitudes de recours aux services des citoyens d'expression anglaise qui font que le recours aux services publics se fait le plus souvent dans les situations les plus difficiles; l'ambiguïté quant au cadre juridique entourant la langue de travail (le français) et les garanties législatives de services en anglais; enfin, la faible

[8] Sarah Bowen, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Santé Canada, 2001.
[9] James Carter, *A Community Guide to the Population Health Approach*, Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux (RCSSS), mars 2003, p. 18.
[10] CCCASM, *Rapport au ministre fédéral de la Santé*, Santé Canada, 2002, p. 10.
[11] Joanne Pocock, *Rapport de données de base 2005-2006*, RCSSS, février 2006, p. 14.
[12] FCFA, *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, 2001.

capacité des communautés d'agir dans les régions où elles sont démographiquement désavantagées et le manque d'infrastructure communautaire[13].

L'accès aux services sociaux et de santé en anglais reste une grande priorité pour les communautés d'expression anglaise du Québec. Que ce soit lorsqu'ils vont consulter un médecin, qu'ils appellent la ligne d'information en santé ou qu'ils rendent visite à un centre local de services communautaires ou un hôpital, une majorité écrasante des citoyens d'expression anglaise (plus de 80 p. 100) affirment qu'il est très important de recevoir les services en anglais[14].

PORTRAIT DE LA VITALITÉ DES COMMUNAUTÉS MINORITAIRES D'EXPRESSION ANGLAISE

Depuis la présentation du portrait de la vitalité des communautés minoritaires d'expression anglaise dans le rapport au ministre de 2002, de nouvelles connaissances ont été acquises sur la démographie et l'état de santé des communautés minoritaires d'expression anglaise. Un document d'accompagnement préparé accessoirement au rapport comporte un recueil de ces renseignements[15]. Ce qui suit est un résumé des données recueillies qui font ressortir la vulnérabilité des communautés minoritaires d'expression anglaise. Les facteurs décrits sont des éléments qui influent sur l'état de santé des communautés. Cette base de données est la clé de la détermination des besoins et des priorités d'action pour accroître la vitalité des communautés minoritaires d'expression anglaise.

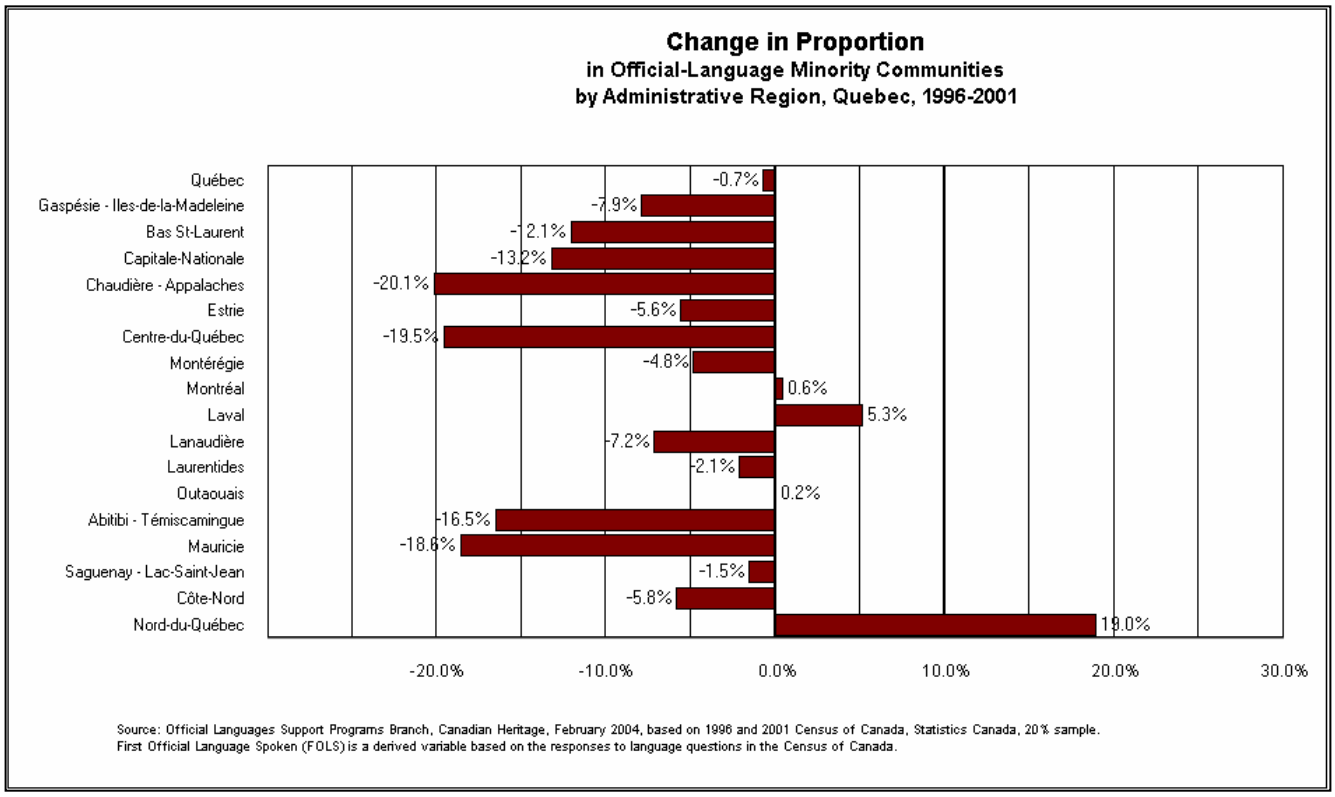
VITALITÉ DÉMOGRAPHIQUE

Le déclin démographique

Entre 1996 et 2001, les communautés minoritaires d'expression anglaise ont connu la plus importante chute en chiffres absolus (6 873 personnes) comparativement à toute autre communauté de langue officielle en situation minoritaire au Canada[16]. En 2001, la population d'expression anglaise du Québec, définie par la première langue officielle parlée, comptait 918 965 personnes. Au Québec, les communautés minoritaires d'expression anglaise ont diminué dans 14 des 17 régions administratives[17]. Cinq régions comptant des communautés minoritaires

[13] ENAP, Rapport final : *Évaluation de la mise en œuvre et des premiers effets du Projet d'amélioration de l'accès aux services et aux soins de santé primaires aux personnes d'expression anglaise du Québec (Projet FASSP)*, octobre 2006, p. 11.
[14] Résultats du sondage RCSSS-CROP sur la vitalité des communautés contenu dans le *Rapport de données de base 2005-2006*, Joanne Pocock, RCSSS, février 2006, p. 69-74.
[15] CCCASM, « *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, 2007. Le document est accessible dans le site Web du Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux (RCSSS), à l'adresse, http://www.chssn.org.
[16] Ibid., Tableau : *Changement de la taille des communautés de langue officielle en situation minoritaire, Canada, 1996-2001*, p. 18.
[17] Ibid., Tableau : *Changement de la taille des communautés de langue officielle en situation minoritaire, Québec, 1996-2001*, p. 19.

d'expression anglaise ont connu une chute vertigineuse, avec une baisse de plus de 13 p. 100 sur une période de cinq ans[18].



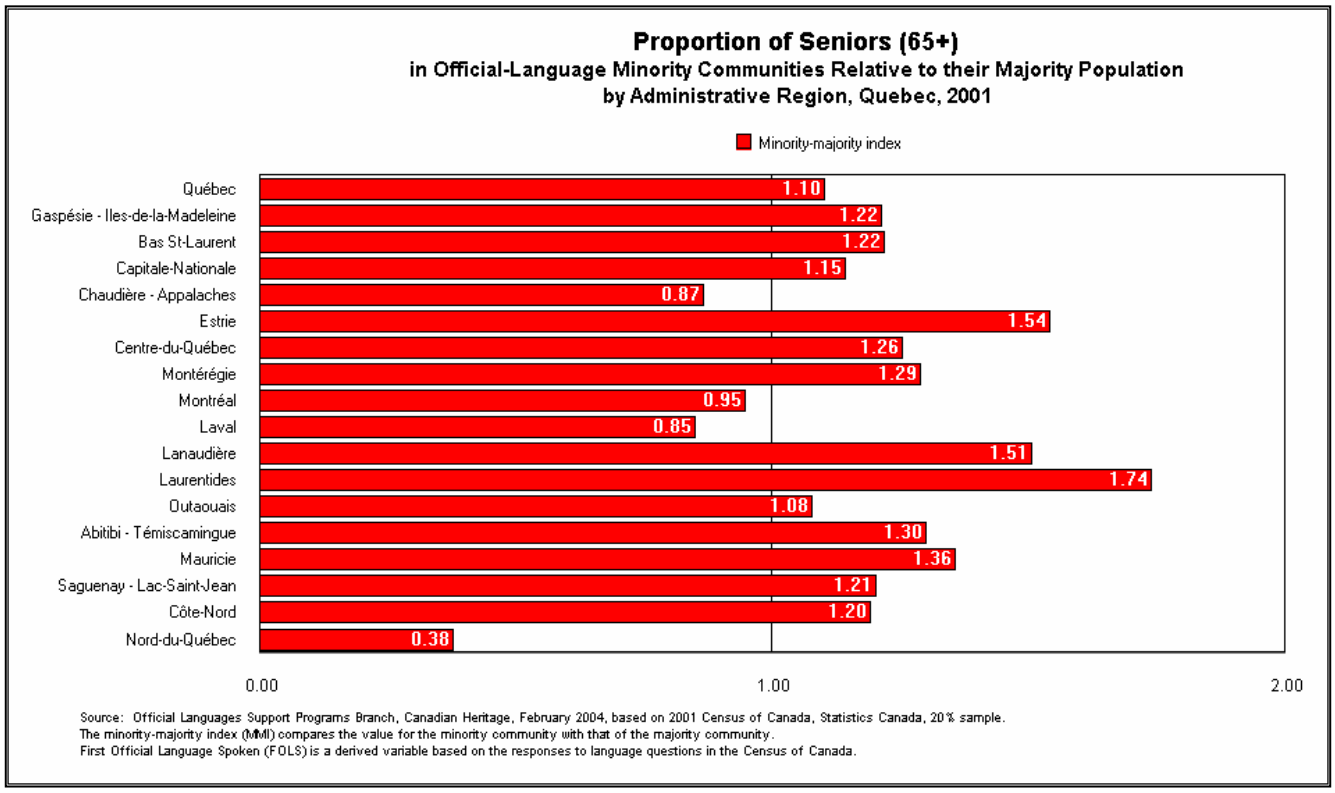
MODIFICATION DE LA PROPORTION DES COMMUNAUTÉS DE LANGUE OFFICIELLE EN SITUATION MINORITAIRE PAR RÉGION ADMINISTRATIVE, QUÉBEC, 1996-2001

Communautés vieillissantes

Les communautés minoritaires d'expression anglaise vieillissent à un rythme plus rapide que les collectivités majoritaires d'expression française dans 13 des 17 régions administratives[19]. Dans onze régions, la proportion d'aînés âgés de 65 ans ou plus était de plus de 20 p. 100 supérieure à celle des aînés dans les collectivités majoritaires d'expression française, comparativement à l'ensemble des communautés minoritaires d'expression anglaise[20]. Les communautés minoritaires d'expression anglaise ont de plus faibles proportions de jeunes (âgés de 5 à 19 ans) et de membres de la génération adulte (âgés de 40 à 59 ans) par rapport à la population totale, comparativement aux communautés francophones[21]. Ce dernier groupe d'âge adulte est appelé la génération

[18] Ibid., Tableau : *Changement de la proportion des minorités de langue officielle, Québec, 1996-2001*, p. 21. La région de la capitale nationale (Québec) a baissé de 13,2 p. 100, la région Chaudière-Appalaches de 20,1 p. 100, le Centre-du-Québec de 19,5 p. 100, l'Abitibi-Témiscamingue de 16,5 p. 100 et la Mauricie de 18,6 p. 100.
[19] Ibid., Tableau : *Personnes âgées dans les minorités de langue officielle (IMM), Québec 2001*, p. 54.
[20] Ibid.
[21] Ibid., Tableau : *Structure par âge (IMM), Minorités de langue officielle du Québec, 2001*, p. 44.

« soignante » et représente un groupe intermédiaire absent de bien des communautés minoritaires anglophones, absence attribuée à la migration de sortie survenue entre 1976 et 1986.



PROPORTION, PAR RÉGION ADMINISTRATIVE, D'AÎNÉS (65 ANS ET PLUS) DANS LES COMMUNAUTÉS DE LANGUE OFFICIELLE EN SITUATION MINORITAIRE PAR RAPPORT À LA POPULATION MAJORITAIRE, QUÉBEC, 2001

(INDICE DE MINORITÉ-MAJORITÉ)

Le tableau compare la proportion d'aînés dans la population anglophone minoritaire de chaque région avec celle de la majorité francophone. Les valeurs supérieures à 1,00 correspondent à l'écart, exprimé en pourcentage, entre la proportion d'aînés dans les communautés minoritaires d'expression anglaise et la proportion d'aînés francophones dans les communautés d'expression française en situation majoritaire.

DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Il est reconnu qu'un large éventail de personnes et de facteurs collectifs sont liés à l'état de santé. De ceux-là, le revenu et l'éducation, l'emploi, les environnements sociaux, les réseaux de soutien social et l'accès au réseau de santé et de services sociaux sont les principaux.

Faible revenu

Le revenu et la situation sociale sont considérés comme les plus importants déterminants de la santé. Moins de la moitié des Canadiens de la tranche de revenu la plus basse qualifient leur état de santé de très bon ou d'excellent. Ils sont plus susceptibles de mourir à un plus jeune âge et souffrent de plus de maladies[22]. Au Québec, les niveaux de revenu faible et très faible sont liés à des facteurs comme notamment : une plus forte incidence de consommation de drogues, des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises, l'insécurité de l'alimentation, le manque d'activités récréatives physiques, l'excès de poids, les problèmes de santé à long terme et le haut niveau de stress psychologique[23].

Les Québécois d'expression anglaise sont 26 p. 100 plus susceptibles que la majorité francophone d'avoir un revenu inférieur au seuil de faible revenu établi par Statistique Canada[24]. Le taux de faible revenu dans les communautés minoritaires anglophones est plus élevé que dans les communautés francophones dans 15 des 17 régions administratives. L'écart de faible revenu entre les communautés anglophones et francophones dépasse 20 p. 100 dans 7 des 17 régions. Certains groupes démographiques sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé. Parmi les anglophones célibataires, le taux de faible revenu est très élevé alors que 42,9 p. 100 d'entre eux vivent sous le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada[25].

[22] Agence de la santé publique du Canada, *Santé de la population*, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants. Une présentation des principaux déterminants de la santé cite des données de plusieurs études canadiennes.
[23] Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*
[24] CCCASM, *« 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, Tableau : *Population dont le revenu est inférieur au seuil établi, Québec, 2001*, 2007, p. 76.
[25] Ibid., Tableau : *Personnes seules vivant sous le seuil de faible revenu (SFR), Québec, 2001*, p. 77.

ANGLOPHONES SEULS VIVANT SOUS LE SEUIL DE FAIBLE REVENU ÉTABLI PAR STATISTIQUE CANADA

Proportion de personnes seules vivant sous le seuil de faible revenu (SFR)[26]	Total %	Anglophones	Francophones	Indice de minorité-majorité[27]
Québec (province)	41,8	42,8	41,4	1,03
*Bas-Saint-Laurent	41,2	34,8	41,2	0,84
*Saguenay-Lac-Saint-Jean	41,1	30,4	41,2	0,74
Québec	43,9	41,9	43,9	0,96
*Mauricie et Centre-du-Québec	43,1	38,6	43,1	0,90
Estrie	39,2	35,6	39,5	0,90
Montréal	46,3	45,3	46,1	0,98
Outaouais	36,4	35,0	36,6	0,96
Abitibi-Témiscamingue	38,3	43,2	38,1	1,13
Côte-Nord	33,2	31,3	33,3	0,94
*Nord-du-Québec	33,5	66,7	33,0	2,02
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	41,5	34,8	42,4	0,82
Chaudière-Appalaches	36,5	45,5	36,5	1,25
Laval	39,5	45,1	38,7	1,16
Lanaudière	37,7	45,4	37,5	1,21
Laurentides	37,1	32,8	37,4	0,88
Montérégie	37,2	36,0	37,3	0,96

Les familles monoparentales sont vulnérables au plan de la sécurité du revenu. C'est le cas des communautés minoritaires d'expression anglaise. Alors que 36,5 p. 100 des familles monoparentales d'expression anglaise vivent sous le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada, le pourcentage se situe à 33,7 p. 100 chez les francophones. Dans la région de Montréal, le taux de familles monoparentales anglophones à faible revenu (41 p. 100 vivant sous le seuil de la pauvreté) est plus élevé que dans les communautés minoritaires d'expression anglaise de la majorité des régions administratives[28].

[26] JW COMM pour le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux, Statistique Canada, recensement canadien de 2001. Les données pour les régions marquées d'un astérisque sont à interpréter avec prudence compte tenu de la petite taille des échantillons. La région du Nord-du-Québec englobe les populations cries et inuites.

[27] L'indice de minorité-majorité compare la proportion des anglophones seuls vivant sous le seuil de faible revenu par rapport au même groupe démographique dans la majorité francophone. Les valeurs supérieures à 1,00 correspondent à l'écart, exprimé en pourcentage, entre la proportion d'anglophones seuls vivant sous le seuil de faible revenu et la proportion des personnes de la communauté d'expression française d'une région vivant dans la même situation.

[28] CCCASM, *« 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, Tableau : *Proportion de personnes chefs de famille monoparentale vivant sous le SFR*, 2007, p. 78.

ANGLOPHONES, CHEFS DE FAMILLE MONOPARENTALE, VIVANT SOUS LE SEUIL DE FAIBLE REVENU ÉTABLI PAR STATISTIQUE CANADA

Proportion de chefs de famille monoparentale vivant sous le seuil de faible revenu (SFR)[29]	Total %	Anglophones	Francophones	Indice de minorité-majorité[30]
Québec (province)	34,1	36,5	33,7	1,08
*Bas-Saint-Laurent	30,2	59,1	30,1	1,96
*Saguenay-Lac-Saint-Jean	32,1	46,7	32,0	1,46
Québec	32,3	42,0	32,1	1,31
*Mauricie et Centre-du-Québec	32,9	35,4	33,0	1,07
Estrie	27,6	35,9	26,8	1,34
Montréal	43,5	41,0	44,3	0,93
Outaouais	31,7	29,5	32,0	0,92
Abitibi-Témiscamingue	30,6	31,5	30,5	1,03
Côte-Nord	25,5	20,3	26,4	0,77
*Nord-du-Québec	30,3	s.o.	30,4	s.o.
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	30,1	23,8	31,1	0,76
Chaudière-Appalaches	25,1	17,4	25,2	0,69
Laval	28,8	32,8	28,4	1,15
Lanaudière	31,1	36,9	31,0	1,19
Laurentides	30,4	21,9	31,0	0,71
Montérégie	30,3	30,3	30,2	1,02

Faible niveau de scolarité

En ce qui concerne le niveau de scolarité, les communautés minoritaires d'expression anglaise dans les régions éloignées sont beaucoup plus susceptibles d'avoir des proportions plus élevées de membres de la communauté sans diplôme d'études secondaires que dans les régions plus urbaines[31]. Dans six régions, le taux de non-achèvement des études secondaires est plus élevé que dans les collectivités majoritaires[32].

[29] JW COMM pour le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux, Statistique Canada, Recensement canadien de 2001. Les données pour les régions marquées d'un astérisque sont à interpréter avec prudence compte tenu de la petite taille des échantillons. La région du Nord-du-Québec englobe les populations cries et inuites.

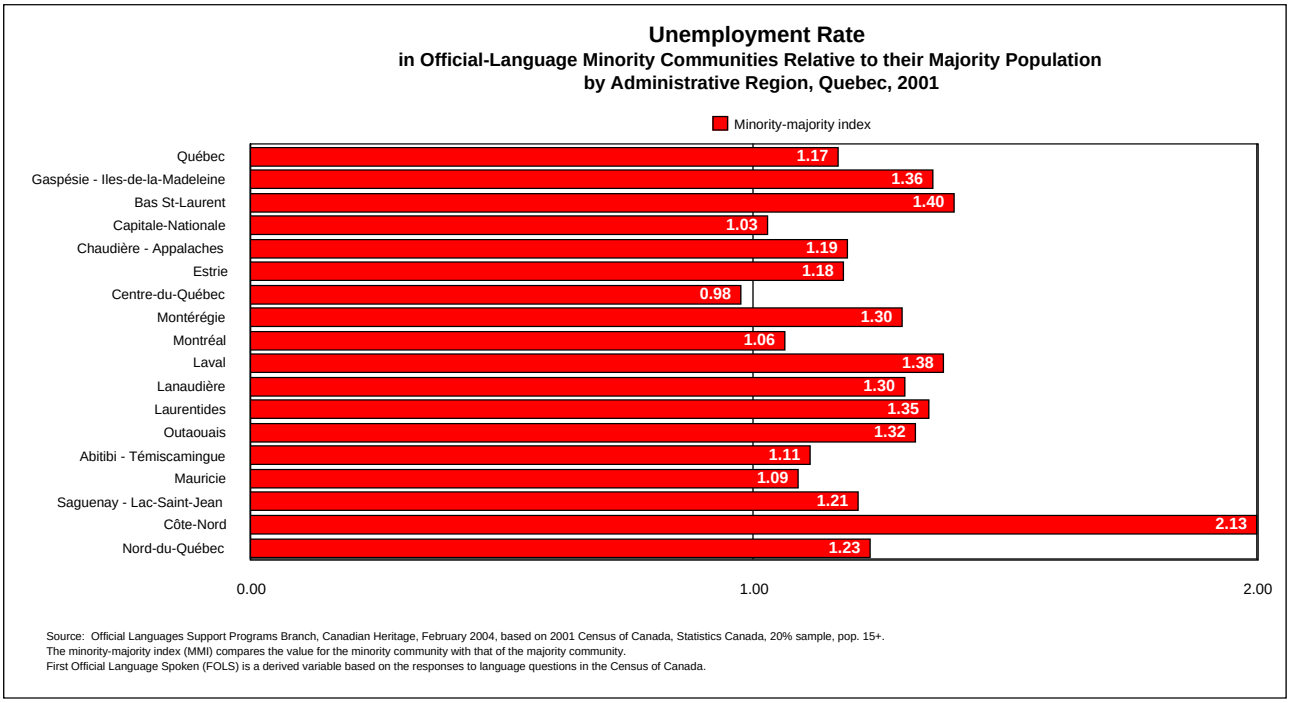
[30] L'indice de minorité-majorité compare la proportion des anglophones chefs de famille monoparentale vivant sous le seuil de faible revenu par rapport au même groupe démographique dans la majorité francophone. Les valeurs supérieures à 1,00 correspondent à l'écart, exprimé en pourcentage, entre la proportion de personnes anglophones chefs de famille monoparentale vivant sous le seuil de faible revenu et la proportion des personnes de la communauté d'expression française d'une région vivant dans la même situation.

[31] CCCASM, *« 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, Tableau : *Personnes sans diplôme d'études secondaires (IGR-prov.), Québec, 2001*, 2007, p. 61.

[32] Ibid., Tableau : *Personnes sans diplôme d'études secondaires (IMM), Québec, 2001*, p. 59. Les communautés sont en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Estrie, Laval, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord et Nord-du-Québec.

Chômage

Les minorités de langue anglaise du Québec sont en deuxième place au Canada, après le Nouveau-Brunswick, au plan du taux de chômage qui est plus élevé que dans les communautés majoritaires voisines. Alors que les francophones du Nouveau-Brunswick affichent un taux de chômage supérieur de 25 p. 100 à celui des anglophones du Nouveau-Brunswick, les Québécois d'expression anglaise présentent un taux de chômage 17 p. 100 plus élevé que celui des communautés francophones[33]. Les communautés minoritaires d'expression anglaise affichent un taux de chômage nettement supérieur à celui des communautés francophones environnantes dans 8 régions, soit un taux d'au moins 30 p. 100 de plus que celui de la majorité[34].



TAUX DE CHÔMAGE, PAR RÉGION ADMINISTRATIVE, DANS LES COMMUNAUTÉS DE LANGUE OFFICIELLE EN SITUATION MINORITAIRE PAR RAPPORT À LA POPULATION MAJORITAIRE, QUÉBEC, 2001

(INDICE DE MINORITÉ-MAJORITÉ)

Environnements sociaux et cohésion sociale

Les environnements sociaux sont le reflet de la vitalité civique et du sentiment d'appartenance. Les Québécois d'expression anglaise ont affiché le plus faible taux de sentiment d'appartenance à une communauté locale (67 p. 100), comparativement aux francophones du Québec et du reste du Canada ainsi qu'aux Anglo-canadiens[35].

[33] Ibid., Tableau : *Taux de chômage (IMM) - Canada, 2001,* p. 67.
[34] Ibid., Tableau : *Taux de chômage (IMM), Québec, 2001,* p. 68.
[35] Ibid., Tableau : *Sentiment d'appartenance à la communauté locale,* p. 87.

Voilà qui est conforme à d'autres données qui confirment que plus de 60 p. 100 des Québécois d'expression anglaise pensent que l'avenir de leur communauté régionale d'expression anglaise est menacé[36]. De plus, 30 p. 100 des jeunes anglophones en situation minoritaire âgés de 18 à 30 ans ne pensent pas qu'ils vivront encore dans la même municipalité dans cinq ans[37].

Réseaux de soutien social

Les réseaux de soutien social contribuent au sentiment qu'a une personne de maîtriser sa vie et stimulent la vitalité d'une collectivité. Une grande majorité des Québécois anglophones se tournent d'abord vers leur famille et leurs amis en cas de maladie (80 p. 100) plutôt que de recourir aux services d'un établissement public (10,7 p. 100)[38]. Les communautés minoritaires d'expression anglaise l'emportent largement sur toutes les autres communautés de langue officielle du Canada au plan du nombre total d'heures non rémunérées d'assistance fournie à des aînés[39]. Le taux de soins non rémunérés dans 9 régions administratives est d'au moins 50 p. 100 plus grand dans les communautés minoritaires d'expression anglaise que dans les communautés majoritaires[40].

Recours aux services de santé

Une étude de Santé Canada brosse un portrait révélateur du recours au système de santé par les Québécois anglophones. Les Québécois anglophones ont été comparés à la majorité francophone du Québec, aux minorités de langue française de l'extérieur du Québec et aux Anglo-canadiens au plan de l'utilisation qu'ils font des services de santé. Les anglophones du Québec ont obtenu la plus faible cote de tous les groupes en ce qui a trait à la présence d'un médecin de famille, à l'utilisation des services hospitaliers et à la difficulté à consulter un spécialiste. On a constaté un écart significatif dans les notes attribuées à la qualité des soins de santé et à la satisfaction à l'égard de la façon dont les soins sont dispensés, à la qualité des soins communautaires et leur satisfaction à cet égard, en tenant compte de paramètres importants comme l'âge, le sexe, le milieu de vie (rural ou urbain), l'état de santé auto-déclaré, les problèmes de santé chroniques, l'éducation, la situation professionnelle et le revenu[41].

Accès aux services sociaux et de santé en anglais

L'accès à la gamme des services sociaux et de santé en anglais dépend du type de service offert et varie grandement d'une région à l'autre. De façon générale, une majorité des citoyens anglophones reçoivent des services en anglais d'un médecin d'une clinique privée ou d'un cabinet privé. Moins de 50 p. 100 des

[36] Jack Jedwab, *Unpacking the Diversity of Quebec Anglophones,* Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, novembre 2006, non publié, p. 5. Il s'agit d'un rapport commandé par le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux qui analyse les résultats du sondage RCSSS-CROP sur la vitalité des communautés, 2005.
[37] Ibid., p. 9.
[38] CCCASM, *« 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, Tableau : *Source de soutien en cas de maladie, Québec, 2005*, 2007, p. 126.
[39] Ibid., Tableau : *Soins prodigués sans rémunération aux personnes âgées (IMM), Canada, 2001*, p. 138.
[40] Ibid., Tableau : *Soins prodigués sans rémunération aux personnes âgées (IMM), Québec, 2001*, p. 139.
[41] Elena Tipenko, *Statistical analysis of health system utilization, use of diagnostic testing, and perceptions of quality and satisfaction with health care services of Official Languages Minority Communities (OLMC)*, document de travail, DMSAD, Santé Canada, 2006.

anglophones reçoivent des services d'un médecin en anglais dans quatre régions administratives. Ce sont les régions où la communauté constitue une très mince proportion de la population régionale[42].

Le taux d'accès à des services en anglais est en baisse pour d'autres services sociaux et de santé publics. Deux tiers de la clientèle a été servie en anglais dans les centres de services communautaires, et ce taux est descendu sous la barre des 50 p. 100 dans 9 des 19 régions et sous-régions (dont Montréal-Est). Pour les services d'Info-Santé (ligne d'information sur la santé), le taux général tombe à 63 p. 100, avec 10 régions et sous-régions qui signalent moins de 50 p. 100 d'accès en anglais. Moins de 50 p. 100 des anglophones ont reçu des soins en salle d'urgence et des services en clinique externe en anglais dans 10 régions et sous-régions. Cela a aussi été le cas dans 8 des 19 régions et sous-régions pour les séjours à l'hôpital[43].

Près d'un anglophone sur cinq hésitait à demander des services en anglais dans 13 des 19 régions et sous-régions (y compris Montréal-Est)[44]. Les raisons qu'ont citées la plupart d'entre eux était la crainte que la demande impose un fardeau au personnel (24,7 p. 100) ou provoque un retard dans le service (22,3 p. 100).

Sous-représentation dans l'effectif du réseau de santé et de services sociaux

Comme pour la plupart des communautés de langue officielle du Canada, la proportion de Québécois anglophones qui ont des titres de compétence de niveau postsecondaire dans le domaine de la santé est nettement inférieure à celle de la communauté majoritaire[45]. Le taux de chômage chez les anglophones dans le réseau de santé et de services sociaux du Québec est nettement inférieur à celui de la majorité francophone dans chacune des régions administratives. La sous-représentation des anglophones dans l'effectif est considérée comme étant liée à la sous-utilisation des services publics par les anglophones et à la faible participation des communautés aux structures de gouvernance des institutions publiques dans de nombreuses régions[46].

ÉVOLUTION DU RÉSEAU DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

INCIDENCE DES RÉFORMES DU SYSTÈME SUR LES ÉTABLISSEMENTS QUI DESSERVENT LA POPULATION D'EXPRESSION ANGLAISE

La transformation du réseau de santé et de services sociaux du Québec a modifié l'infrastructure communautaire, y compris les institutions qui servent depuis toujours les communautés minoritaires d'expression anglaise. La réforme du réseau de santé et de services sociaux depuis une dizaine d'années a entraîné le regroupement de nombreuses institutions historiques. Les garanties législatives de services en anglais ont assuré le maintien par les institutions d'un mandat reconnu de servir la population d'expression anglaise,

[42] CCCASM, *« 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, Tableau : *Langue de service – Médecin privé, Québec, 2005*, 2007, p.127.
[43] Ibid., Tableaux : p. 128-132.
[44] Ibid., Tableau : *Réclamer le service en anglais – Degré d'aisance, Québec, 2005*, p. 133.
[45] Ibid., Tableau : *Qualifications en santé – Niveau collégial (IMM), Canada, 2001*, p. 158.
[46] Ibid., Tableau : *Personnes employées dans le secteur de la santé (IMM), Québec, 2001*, p. 164.

mais, en même temps, ces institutions doivent démontrer leur capacité de servir la population francophone majoritaire[47].

Dans les régions autres que Montréal, les quelques institutions historiques qui fournissent des services sociaux et de santé aux communautés minoritaires d'expression anglaise ont subi une réorganisation; leur mandat traditionnel a été modifié et, parfois, leur gouvernance a été confiée à la communauté majoritaire.

Les citoyens anglophones de l'extérieur de la région de Montréal sont susceptibles de recevoir les services d'institutions francophones. Les membres de la communauté font encore face à de grands défis au plan de l'obtention de services en anglais et de la participation aux structures de gouvernance de ces institutions. La sous-utilisation des services publics reste une réalité[48] puisque les anglophones ont plus tendance à se tourner vers leur famille ou leurs amis d'abord avant de recourir à une institution publique lorsqu'ils ont des troubles de santé[49]. Les communautés doivent fournir un effort constant pour faire en sorte que les réseaux institutionnels transformés adaptent leurs services pour répondre aux besoins des citoyens anglophones.

Les problèmes d'accès ne sont pas uniquement une réalité des communautés extérieures à l'île de Montréal. Dans l'Est de Montréal, le taux de satisfaction des citoyens anglophones relativement à l'accès aux services est faible, comparativement à celui des anglophones du reste de Montréal. Les institutions francophones sont les principaux fournisseurs de services pour la population dans cette partie de la région et n'ont pas nécessairement le personnel à même de fournir des services en anglais[50].

La transformation continue du réseau de santé et de services sociaux du Québec a profondément modifié les réseaux institutionnels desservant les communautés d'expression anglaise. En conséquence, la mobilisation est un défi constant pour les communautés et les fournisseurs de services dans leur efforts visant à combler les lacunes persistantes des services en anglais dans les domaines des soins de santé primaires, des services sociaux, de la réadaptation, des soins de longue durée et des services médicaux généraux et spécialisés[51].

Les investissements dans le cadre du Plan d'action fédéral, l'actuel examen des programmes d'accès aux services en anglais[52] et les nouvelles orientations visant à rapprocher les services de la population promettent des

[47] En octobre 2006, le gouvernement du Québec a adopté un décret désignant les institutions mandatées pour fournir la gamme complète de leurs services en anglais. Plusieurs de ces institutions sont celles qui, depuis toujours, desservent les collectivités minoritaires d'expression anglaise et bénéficient de l'exemption de certaines dispositions de la *Charte de la langue française*, ce qui leur permet de fonctionner comme des institutions bilingues. Des 42 institutions désignées, 29 sont à Montréal (dont 8 sont des centres de soins de longue durée ou des résidences), 1 à Québec, 3 en Estrie (Cantons de l'Est), 2 en Outaouais (Ouest du Québec), 1 sur la Côte-Nord (Basse-Côte-Nord), 1 à Laval, 1 dans Lanaudière, 1 dans les Laurentides et 3 en Montérégie.

[48] Tandis que 26 p. 100 des francophones ont utilisé Info-Santé (ligne d'information sur la santé) sur une période de 12 mois, seulement 15 p. 100 des anglophones l'ont fait. SOM, *Étude sur la notoriété du service Info-Santé*, rapport final présenté au RCSSS, mai 2005, p. 18.

[49] Joanne Pocock, *Rapport de données de base 2005-2006*, RCSSS, février 2006, p. 36.

[50] Joanne Pocock, *Rapport de données de base 2005-2006*, RCSSS, février 2006, p. 29. Alors que 39,4 p. 100 des anglophones de l'Est de Montréal sont satisfaits de l'accès aux services en anglais, le taux est de 55,3 p. 100 dans l'Ouest de la ville.

[51] CCCASM, *Rapport au ministre fédéral de la Santé*, Santé Canada, 2002, p. 15.

[52] Des organismes régionaux sont à préparer de nouveaux programmes d'accès aux services sociaux et de santé en anglais, qui devront être approuvés par le gouvernement du Québec. Les plans recensent les institutions qui doivent s'assurer que certains services désignés sont offerts en anglais pour les anglophones.

développements pouvant contribuer à engendrer les conditions nécessaires pour accroître l'accès à la gamme des services pour les communautés minoritaires d'expression anglaise.

LE NOUVEAU CONTEXTE DU RÉSEAU DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

Le gouvernement du Québec a entrepris une vaste réforme visant à établir des réseaux locaux intégrés de services sociaux et de santé. L'un des buts visés est d'élargir la perspective du réseau de santé et de services sociaux au-delà du point de mire sur la prestation de services pour englober l'amélioration des résultats pour la santé aux niveaux de l'individu et de la population.

En 2004, 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont été formés par la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), avec des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la plupart des cas, un hôpital. Le nombre d'établissements de santé publique a chuté de 42 p. 100, passant de 339 à 195. Un complément est constitué entre le réseau public et les cabinets privés de médecins généralistes en établissant des liens entre les groupes de médecine familiale et les cliniques de réseau. Des réseaux universitaires intégrés de santé sont mis sur pied pour faciliter l'accès au moyen de « corridors » désignés aux services ultraspécialisés afin d'éviter le chevauchement ou les services médicaux coûteux. Ces réseaux coordonnent également l'enseignement et les programmes de recherche des établissements de santé affiliés à des universités. Ils encouragent le maintien des qualifications professionnelles et supervisent la formation médicale et la répartition des étudiants en médecine dans les établissements des réseaux de santé universitaires. De nouvelles orientations guidant la stratégie de santé publique du Québec appuieront l'élaboration de plans de santé publique aux niveaux provincial, régional et local. Ces changements modifieront en profondeur la manière dont les citoyens anglophones recevront les services sociaux et de santé dans les années à venir.

Une importante initiative est lancée pour décompartimentaliser la pratique professionnelle et promouvoir le travail d'équipe dans le secteur de la santé. Des plans cliniques et organisationnels sont mis au point qui changeront en profondeur la manière dont les services de santé seront offerts à une population définie en fonction de territoires[53]. Les nouveaux centres de santé et de services sociaux, au cœur de ces réseaux locaux, évalueront les besoins de la population, cerneront les lacunes et établiront des mécanismes et des modèles de services pour assurer un accès efficace aux services. L'élaboration de projets cliniques et organisationnels ajoutera une fonction complémentaire aux programmes d'accès définissant le droit légal des anglophones à des services en anglais[54]. Les deux éléments sont étroitement liés puisque les projets cliniques et organisationnels doivent tenir compte des caractéristiques particulières de la population concernée, y compris de ses caractéristiques linguistiques.

Les mesures du Plan d'action fédéral visant à accroître l'accès aux services sociaux et de santé de premier niveau, à assurer la formation et le perfectionnement des ressources humaines et à appuyer le réseautage des communautés et des fournisseurs de services arrivent en temps opportun, alors que le réseau de santé et de services sociaux du Québec se prépare pour la prochaine grande phase de sa réforme. L'établissement de rapports officiels et durables entre les communautés et les partenaires est considéré comme une condition

[53] *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux,* Document principal, MSSS, octobre 2004.
[54] *Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise,* MSSS, mars 2006.

fondamentale du succès de l'intégration des mesures du Plan d'action dans le nouveau contexte du réseau de santé et de services sociaux du Québec.

Pour relever les défis futurs, une collaboration continue est nécessaire entre les deux niveaux de gouvernement, avec la reconnaissance des communautés minoritaires d'expression anglaise comme partenaires à part entière. Ainsi, les politiques fédérales et les mesures qui en découlent qui appuient les initiatives du Québec représenteront les intérêts de tous les intervenants, renforceront les investissements publics actuels et assureront l'engagement à long terme du gouvernement à l'égard de la vitalité des communautés anglophones en situation minoritaire.

BÂTIR LES FONDATIONS : RÉSULTATS DE LA STRATÉGIE DE 2002

Selon des évaluations formatives et finales des trois mesures financées par le Plan d'action, les investissements commencent à porter leurs fruits. La mise en œuvre fructueuse des initiatives et les évaluations positives des premiers résultats ont confirmé l'engagement de tous les intervenants à mener les mesures à maturité et préparent le terrain pour des changements à long terme qui amélioreront les résultats pour la santé dans les communautés d'expression anglaise du Québec.

Les investissements appuient des activités de durée variable, allant de quelques mois à quatre ans. Que les activités soient liées au réseautage, à l'adaptation des soins de santé primaires ou à la formation et au développement des ressources humaines, les résultats à moyen et à long terme sont étroitement liés aux réformes structurelles dans le réseau de santé et de services sociaux du Québec qui toucheront l'intégralité de la population, y compris les communautés anglophones en situation minoritaire.

Investissements du Plan d'action fédéral

Mesure	Engagement du Plan d'action	Ressources réelles investies	Échéance
Initiative de réseautage et de partenariat	4,7 M$	4,3 M$[55]	2004-2008 (4 ans)
Adaptation des soins de santé primaires, phase 1	10 M$	10 M$	janvier 2005 – mars 2006 (15 mois[56])
Adaptation des soins de santé primaires, phase 2	3,4 M$	3,4 M$	décembre 2006 – mars 2007 (4 mois[57])
Formation et développement des ressources humaines	12 M$	11,5 M$[58]	juillet 2004-2008 (3 ans, 8 mois[59])

Les intervenants associés aux évaluations ont généralement convenu que l'échéancier des investissements fédéraux leur a permis de réaliser de nombreux objectifs à court terme et a engendré les conditions nécessaires pour effectuer un changement plus profond et permanent. De l'avis général, il faudra plus de temps et de ressources pour concrétiser les changements structurels à plus long terme nécessaires pour maintenir les gains d'accès et assurer de meilleurs résultats pour la santé dans les communautés minoritaires d'expression anglaise.

[55] En raison du délai entre l'annonce du Plan d'action en mars 2003 et la mise en œuvre du Programme de contribution, l'allocation pour 2003-2004 a été réduite pour appuyer les activités de lancement de programmes au dernier trimestre de l'exercice 2003-2004. L'activité réelle de réseautage a commencé en 2004-2005.
[56] Les retards dans la mise au point de l'accord de contribution et l'achèvement du protocole intergouvernemental ont réduit la période de mise en œuvre du projet à 15 mois.
[57] Les retards dans le versement des 3,4 M$ ont réduit la période de mise en œuvre du projet à 4 mois.
[58] Les retards dans le lancement du Programme de contribution et la négociation du protocole intergouvernemental ont entraîné la perte de l'allocation de 0,5 M$ pour 2003-2004.
[59] L'accord de contribution a été signé en juillet 2004, ce qui a réduit la période de mise en œuvre.

ACTIVITÉS FINANCÉES PAR LE PLAN D'ACTION FÉDÉRAL

BÂTIR LES FONDATIONS : RÉSEAUTAGE ET COLLABORATION

Onze réseaux officiels réunissent les communautés minoritaires anglophones et les fournisseurs de services aux niveaux local, régional et provincial. La plupart de ces réseaux s'efforcent d'intégrer les deux autres mesures financées par le Plan d'action : les projets d'adaptation des soins de santé primaires; les projets de formation linguistique, de maintien en poste et de service à distance. Cette stratégie a fait en sorte que les participants communautaires de chaque réseau ont une capacité vitale minimale de mobiliser et de former des réseaux avec des partenaires publics. Les intervenants institutionnels engagent petit à petit les ressources nécessaires pour assurer leur propre participation et contribuent à l'atteinte des objectifs communs du réseau.

Réseaux de partenariats régionaux et locaux

Organisation parrainant un réseau	Région administrative	Sous-région administrative couverte par le réseau[60]	Population d'expression anglaise (Nombre[61] et pourcentage de la population de la sous-région)	
Coasters' Association	Côte-Nord	1 territoire	3 560	63 %
Council for Anglophone Magdalen Islanders	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1 territoire	805	5,6 %
Vision Gaspé Percé Now	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1 territoire 1 territoire partagé[62]	2 630 920	13 % 5,1 %
Committee for Anglophone Social Action	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1 territoire 1 territoire partagé	5 670 (920)	17,2 %
Megantic English-Speaking Community Development Corporation	Chaudière-Appalaches	3 territoires	2 215 635 545	1,5 % 0,8 % 0,1 %
Townshippers' Association	Estrie	7 territoires (région entière)	23 390	8,4 %
Townshippers' Association	Montérégie	2 territoires	11 140 3 560	23,2 % 4,3 %
Catholic Community Services	Montréal	4 territoires (Est de Montréal)	13 910 30 005 19 935 22 655	8,4 % 24,5 % 12,6 % 12,5 %
Regional Association of West Quebecers	Outaouais	5 territoires (région entière)	53 945	17,2 %
Total	7 régions sur 16 (43 %)	26 territoires sur 95 (27 %)	195 520 sur 918 955 (21 %)	

[60] Les sous-territoires administratifs sont des secteurs géographiques devant être desservis par des centres de services sociaux et de santé (CSSS). Les réseaux peuvent ne pas nécessairement couvrir toute la communauté minoritaire d'expression anglaise dans un sous-territoire donné, selon l'état d'avancement du réseau et le degré de participation des partenaires publics. De plus, certains réseaux peuvent couvrir les petites communautés d'un sous-territoire adjacent qui ne leur sont pas assignées selon le tableau qui précède.

[61] Les anglophones sont identifiés par la langue maternelle ou la première langue officielle parlée, selon la variable qui donne la représentation la plus précise du nombre d'anglophones d'un territoire. Les statistiques sont extraites de *Caractéristiques démographiques et sociales de la population anglophone de chaque région socio-sanitaire du Québec*, Jan Warnke, RCSSS, septembre 2006. Les profils peuvent être consultés à l'adresse http://www.chssn.org/fr/default.asp.

[62] Vision Gaspé Percé Now et CASA desservent les communautés minoritaires anglophones du territoire du CSSS du Rocher Percé.

Deux autres réseaux ont été formés pour répondre aux besoins du secteur et de la province. Le Fraser Recovery Program offre des programmes de prévention de la toxicomanie chez les jeunes et les adultes. Le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux (RCSSS) parraine des projets et initiatives en établissant des partenariats et des réseaux dans le but de faciliter l'accès aux services sociaux et de santé en anglais et de stimuler la vitalité des communautés minoritaires d'expression anglaise.

Réseaux sectoriels et provinciaux

Organisation parrainant un réseau	Programmes	Partenaires de réseau
Fraser Recovery Program (réseau sectoriel)	– Prévention et traitement de la toxicomanie chez les jeunes et les adultes – Organisation de réseaux locaux de prévention de la toxicomanie – Formation de ADAPT (Alcohol and Drug Abuse Prevention Team – Équipe de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie) – Campagnes de sensibilisation à la toxicomanie et à l'alcoolisme	– Réseaux dans l'Est du Québec (Basse-Côte-Nord, côte de la Gaspésie, Îles-de-la-Madeleine, Québec, Chaudière-Appalaches) – Programme Telehealth du RCSSS
Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux (réseau provincial)	– Développement communautaire et renforcement de la capacité pour les réseaux et d'autres communautés minoritaires d'expression anglaise – Développement des connaissances et partenariats pour la recherche – Ressources d'information pour favoriser l'accès aux données, l'information en ligne et les liens de communication en réseau – Modèles novateurs de prestation de services qui favorisent les partenariats de Telehealth, l'adaptation des soins de santé primaires, les stratégies de maintien en poste des ressources humaines et l'économie sociale	– 64 organisations membres : • 19 organisations communautaires dont un aspect du mandat consiste en l'offre de services sociaux et de santé • 17 ressources communautaires du secteur des services sociaux et de santé • 10 établissements de services sociaux et de santé • 3 organisations publiques du secteur de l'éducation • 5 fondations • 7 membres associés dont des instituts, associations et autres réseaux • 3 sociétés membres – Partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour la mise en œuvre des projets d'adaptation des soins de santé primaires – Partenariat avec l'Université McGill pour la mise en œuvre d'initiatives de formation et de développement des ressources humaines

RÉSULTATS DU RÉSEAUTAGE[63]

Formation de réseaux

Les réseaux officiels englobant des partenaires communautaires et publics sont établis dans toutes les régions cibles. Le réseau provincial (le RCSSS) a lié toutes les unités de réseau. Les connaissances et les pratiques exemplaires sont mises en commun entre réseaux au moyen de rassemblements des intervenants, comme des conférences et des journées de réflexion. Un bulletin de nouvelles communique les activités de réseau à tous les membres. Dans chaque communauté, les réseaux ont recruté de nombreux partenaires. Ce sont notamment des bénévoles de même que des organisations de services communautaires, municipaux, sociaux et de santé.

Enrichissement des connaissances

Le réseau provincial a constitué une base de connaissances pour chaque réseau. Des rapports de données de base ainsi que des profils régionaux et locaux des caractéristiques des déterminants démographiques et de la santé assurent l'établissement d'un réseau fondé sur les connaissances. Ces données ont permis aux réseaux de déterminer les besoins et les priorités, d'appuyer la sensibilisation communautaire et d'élaborer des outils de communication. Les intervenants du réseau ont affirmé que l'accent mis sur une solide base de connaissances a contribué à la collecte de nouvelles données sur les déterminants de la santé et du bien-être des communautés minoritaires d'expression anglaise.

Participation de la communauté

Au moyen des réseaux, les communautés minoritaires d'expression anglaise établissent des rapports avec les institutions de services sociaux et de santé. Les interactions ont mené à la participation de la communauté aux comités, aux projets et aux activités. Cela a accru la participation des anglophones dans le réseau de santé et de services sociaux et a sensibilisé les partenaires publics aux besoins de la communauté.

Détermination des besoins et priorités

Les priorités d'accès aux services ont été définies et des mesures ont été entreprises dans les communautés financées. La production de données a contribué à clarifier les besoins de la population et a donné lieu à des projets et à des plans d'action. Les partenaires publics ont affirmé que les activités de réseau ont grandement sensibilisé le secteur public aux besoins communautaires et engendrent une notion commune des enjeux qui exigent une intervention.

Coordination

L'identification des partenariats engendre une meilleure coordination des divers acteurs participant aux projets d'adaptation des services ou à la conception de nouveaux modèles de services. Une plus grande coordination est probable aux premiers stades des projets lorsque ces derniers ont besoin de temps pour mûrir. De nombreux

[63] ENAP, *Rapport d'évaluation préliminaire : L'initiative de partenariat et de réseautage des services sociaux et des services de santé*, Quebec Community Groups Network (QCGN), novembre 2006.

partenaires de réseau ont découvert de nouveaux groupes communautaires ayant les mêmes intérêts. Les nouvelles relations établies favorisent une meilleure collaboration. Les partenaires qui n'avaient jamais travaillé ensemble font preuve d'une plus grande ouverture à l'idée de partager des ressources organisationnelles avec d'autres partenaires pour promouvoir la mise en œuvre des projets de santé et de services sociaux.

Formation et perfectionnement des bénévoles

Certaines organisations communautaires et des partenaires publics ont maintenant accès à des bénévoles anglophones pour contribuer à la prestation de services. Certains réseaux ont recruté un nombre important de bénévoles et élaboré une base de données pour les coordonner. La formation des bénévoles a été établie dans certains réseaux pour appuyer leur rôle complémentaire auprès des institutions de santé et de services sociaux.

Services d'information et d'aiguillage

Les réseaux ont conçu des outils de communication pour orienter les membres des communautés d'expression anglaise vers les ressources et les services actuels. De nombreux membres des communautés utilisent maintenant ces services d'information, qui assurent l'orientation efficace des citoyens d'expression anglaise vers les organisations pertinentes.

Réorganisation et création de nouveaux services

Les réseaux sont aux premiers stades de leur développement et ne font qu'aborder les importants défis que pose la réorganisation des services. Alors que les changements structurels nécessitent de nombreux acteurs à divers niveaux du système public, l'élaboration de nouveaux services est un objectif à plus long terme des réseaux, bien que certains agissent plus rapidement en ce sens. La réorganisation et le développement des services sont liés au processus d'élaboration de projets cliniques et organisationnels à plusieurs étapes dans chacun des 95 réseaux locaux de services; à la mise en œuvre de réseaux universitaires intégrés de santé pour l'accès aux services spécialisés et ultraspécialisés et la coordination de l'enseignement, de la recherche et de la formation; à la mise en œuvre de nouvelles stratégies de santé publique aux niveaux provincial, régional et local.

DÉFIS

Viabilité

Un important élément de la viabilité des initiatives actuelles de réseautage est l'engagement continu des partenaires publics ainsi que d'autres ressources communautaires à travailler avec les communautés anglophones en situation minoritaire. Cela entraîne des priorités et des actions conjointes pour répondre aux besoins en évolution de la communauté, engendre des bénéfices réels et représente le nouveau contexte du réseau de santé et de services sociaux du Québec.

Ce nouveau contexte présente aussi des défis puisque les changements structurels prendront du temps et engageront de nombreux acteurs à des niveaux différents. Il est clair que les institutions publiques ont peu ou pas de ressources pour appuyer le rôle de coordination des communautés à long terme. Les partenaires

communautaires devront relever le défi de dresser des plans de viabilité pour assurer leur capacité de coordonner les réseaux et d'exercer des pressions en tant qu'éléments reconnus du réseau de santé et de services sociaux.

Gouvernance communautaire

L'ensemble des onze réseaux fonctionne selon un modèle de gouvernance communautaire pour assurer la place centrale des intérêts des communautés minoritaires d'expression anglaise dans les activités de réseau. Les partenaires publics ont bien réagi à ce modèle et ont reconnu les avantages de la participation aux structures de coordination qui sont complémentaires à leurs propres processus institutionnels officiels. Le défi consiste à maintenir un modèle de gouvernance de réseau communautaire qui ne reproduise pas les mécanismes institutionnels de coordination et de consultation que doivent employer les partenaires afin de planifier les services pour l'ensemble de la population de leur territoire, mais en sont plutôt le complément. Un transfert du programme de réseau communautaire aux partenaires publics signifie que les intérêts particuliers des communautés minoritaires d'expression anglaise risquent d'être marginalisés.

Communautés vulnérables

Le portrait des caractéristiques des déterminants démographiques et de la santé des communautés minoritaires d'expression anglaise met en évidence de nombreuses communautés vulnérables. Les réseaux régionaux et locaux actuels n'atteignent que 27 p. 100 des 95 territoires administratifs sous-régionaux qui sont le noyau de la démarche axée sur la population utilisée pour l'organisation des services. Environ un cinquième de la population minoritaire d'expression anglaise vit dans des territoires où existent des réseaux régionaux et locaux. Les communautés des Laurentides, de Lanaudière, du Saguenay, de la Mauricie et du Centre-du-Québec, du Bas-Saint-Laurent et de l'Abitibi-Témiscamingue sont démographiquement vulnérables, ont de faibles infrastructures communautaires et affichent des inégalités en matière de l'état de santé. Dans d'autres régions, comme la Montérégie et Chaudière-Appalaches, les réseaux ne couvrent pas tous les territoires ayant des communautés minoritaires d'expression anglaise vulnérables.

L'évaluation de la mise en œuvre et les premiers résultats des réseaux font ressortir les différences qui apparaissent entre les communautés participant aux réseaux et celles qui n'y participent pas. Les communautés participantes font état de répercussions nettement plus positives sur l'enrichissement des connaissances, la participation communautaire, le recensement des besoins et des priorités, la coordination ainsi que la formation et le perfectionnement des bénévoles[64].

Le défi est maintenant d'engager les communautés minoritaires d'expression anglaise vulnérables dans le contexte d'une vaste réorganisation du réseau de santé et de services sociaux lorsque la capacité de leur communauté d'établir et de maintenir des réseaux est très limitée, voire inexistante[65].

[64] ENAP, *Rapport d'évaluation préliminaire : L'Initiative de partenariat et de réseautage des services sociaux et des services de santé*, Quebec Community Groups Network (QCGN), novembre 2006, p. iii-iv.

[65] L'évaluation fait ressortir que plusieurs communautés n'ont pas pu adhérer au programme de contribution au réseautage en raison de leur capacité restreinte de se mobiliser et d'exécuter les tâches de présentation d'une demande. Cela démontre que les communautés plus faibles ont besoin d'un soutien ciblé pour parvenir à obtenir de nouvelles ressources afin de former des réseaux.

BÂTIR LES FONDATIONS : SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Sous les auspices du Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux, 37 projets d'adaptation des soins de santé primaires ont été mis en œuvre dans une période de 15 mois se terminant en mars 2006[66]. Des projets ont été exécutés dans 14 régions administratives dans le but d'améliorer l'accès aux services sociaux et de santé de niveau primaire en anglais et de favoriser l'établissement de liens entre les communautés minoritaires d'expression anglaise et les fournisseurs de services[67]. Trois domaines de priorité étaient ciblés : un meilleur accès aux lignes d'information sur la santé (Info-Santé), l'accès accru aux services sociaux et de santé communautaires de première ligne et l'adaptation du milieu de vie dans les institutions pour répondre aux besoins culturels et linguistiques des anglophones.

Les fournisseurs de services et organisations communautaires sondés sur les résultats des projets ont affirmé que les conditions d'accès aux services sociaux et de santé pour les communautés minoritaires d'expression anglaise s'étaient améliorées et que les activités des projets suscitent une hausse de la demande de services par les anglophones. Les fournisseurs de services estiment que les projets renforcent la capacité de leurs organisations de servir les communautés minoritaires d'expression anglaise. Plus précisément, on constate une augmentation du personnel apte à fournir des services en anglais, on remarque que les services sont mieux adaptés pour répondre aux besoins et on connaît mieux les besoins des communautés[68]. Les anglophones sont de mieux en mieux informés des services en conséquence de la consolidation des liens entre les organisations communautaires et les fournisseurs de services. Les projets de réseau dans certaines régions jouent un rôle fondamental dans l'obtention de résultats positifs. C'est le cas lorsque ces projets de soins de santé primaires font partie des activités de réseau dans les régions de Gaspé, de la Montérégie, de l'Estrie, de Montréal-Est et de l'Outaouais.

Réorganisation du système d'information sur la santé (Info-Santé)

Une série d'initiatives interdépendantes a été coordonnée avec la mise en œuvre de la refonte du programme Info-Santé par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Quatre centres Info-Santé centralisés de langue anglaise ont été établis à Montréal, à Laval, en Estrie et en Outaouais. Le but visé était de garantir une masse critique d'infirmières bilingues dans les centres désignés pour desservir la population anglophone jour et nuit. À cette fin, 1 550 protocoles employés par les infirmiers et infirmières pour répondre aux personnes qui appellent ont été mis à jour et traduits en anglais. Des répertoires de ressources communautaires ont été mis à jour et traduits, et 97 infirmiers et infirmières ont reçu une formation linguistique[69].

---

[66] Vingt-trois autres projets d'adaptation des soins de santé primaires sont financés pour 2006-2007. Les projets prennent appui sur les projets de soins de santé primaires de la première phase, avec l'ajout d'initiatives ciblées pour améliorer les mécanismes de suivi de l'état de santé des anglophones, adapter des services dans le cadre de l'élaboration de projets cliniques et organisationnels et renforcer des partenariats entre les partenaires institutionnels et communautaires.

[67] Pour voir les résultats de chaque projet, consulter le *Guide des projets – Initiative d'accès aux soins de santé primaires*, dans le site Web du RCSSS à l'adresse : http://www.chssn.org.

[68] ENAP, *Rapport final : Évaluation de la mise en œuvre et des premiers effets du Projet d'amélioration de l'accès aux services et aux soins de santé primaires aux personnes d'expression anglaise du Québec (Projet FASSP)*, octobre 2006, p. iii.

[69] *Rapport final des activités et des résultats du projet «Amélioration de l'accès aux services et aux soins de santé primaires pour les personnes d'expression anglaise du Québec*, RCSSS, mai 2006, p 28.

Recrutement et perfectionnement des ressources humaines

Huit projets ont permis de recruter au total 64 professionnels pour accroître les services en anglais. Plusieurs projets ont permis de recruter des bénévoles des communautés minoritaires d'expression anglaise pour faire le complément des services. Trente bénévoles ont participé à des séances d'orientation. Plus de la moitié des projets ont permis d'offrir une formation linguistique spécialisée à 391 professionnels des soins infirmiers, des services sociaux et autres.

Traduction des documents pour les utilisateurs et les professionnels

Près de la moitié des projets ont permis de traduire des documents à la fois pour les clients utilisateurs et pour les professionnels d'expression anglaise désignés pour les servir. Cette activité a contribué à l'amélioration de l'offre de services. Plus de 791 documents et guides destinés aux utilisateurs d'expression anglaise ont été traduits en plus de 288 documents destinés aux professionnels.

Activités de collaboration et de partenariat avec les communautés minoritaires d'expression anglaise

Les activités de partenariat avec des organisations communautaires ont été considérées comme un mécanisme d'intervention important pour les fournisseurs de services. Au nombre des activités conjointes, il y a eu des évaluations des besoins qui, parfois, ont mené à des décisions sur des mesures à prendre pour améliorer l'accès aux services[70]. Cette approche coopérative appuyait les mesures conjointes des fournisseurs de services et des organisations communautaires pour promouvoir l'offre de services dans les communautés minoritaires d'expression anglaise.

Promotion des services

Des activités de promotion ont permis d'informer les citoyens d'expression anglaise des services offerts en anglais afin d'encourager l'utilisation de ces services par les communautés. Plus de la moitié des projets comprenaient des campagnes de promotion faisant appel notamment à des brochures, à des avis et à des articles publiés. Plus de 2 900 anglophones ont assisté à des séances d'orientation, à des forums et à des ateliers sur la promotion de la santé et sur des sujets connexes.

Formation de ressources d'information

Un peu moins de la moitié des projets ont englobé des études des besoins de la communauté. Dans certains cas, les résultats ont donné des renseignements sur la qualité des services et leur niveau d'utilisation par les citoyens d'expression anglaise. Dans bien des cas, les sondages des besoins ont engendré des décisions d'améliorer l'accès aux services.

Le RCSSS a dressé des profils démographiques et socioéconomiques détaillés des communautés minoritaires d'expression anglaise dans chaque sous-territoire administratif. La documentation a été communiquée aux

[70] ENAP, *Rapport final : Évaluation de la mise en œuvre et des premiers effets du Projet d'amélioration de l'accès aux services et aux soins de santé primaires aux personnes d'expression anglaise du Québec,* octobre 2006, p. 23.

37 promoteurs de projets et à leurs partenaires communautaires pour leur permettre de planifier et de mettre en œuvre des projets d'adaptation des soins de santé primaires.

Activités de réorganisation des services

Les initiatives de réorganisation des services visaient à changer la manière dont les services sont fournis en mettant en œuvre de nouveaux modèles d'organisation de services. Le but visé était de régler le problème de la demande insuffisante pour des services en anglais (en raison de la sous-utilisation ou des populations dispersées) avec une approche structurelle d'amélioration de l'offre de services. La réorganisation de la ligne d'information sur la santé (Info-Santé) pour établir quatre établissements centraux afin de servir la population anglophone est le principal exemple de cette activité.

Les projets de réorganisation des services comportaient à la fois des initiatives inter-organisationnelles et intra-organisationnelles. Les activités inter-organisationnelles ciblaient les services au sein d'un territoire donné, et plusieurs organisations y ont participé. Citons par exemple le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Pontiac dans la région de l'Outaouais, qui a élaboré un programme intégré de soins palliatifs dans tout le territoire. Une équipe interdisciplinaire a été recrutée et formée. Au nombre des mesures complémentaires adoptées se trouvaient d'autres ressources communautaires, un hôpital communautaire et sa fondation, l'organisme de développement régional et des organisations de la communauté anglophone. Le projet a engendré l'établissement d'un nouveau centre de soins palliatifs devant être hébergé dans l'hôpital communautaire du Pontiac.

Une stratégie intra-organisationnelle pour le changement structurel vise la réorganisation des services au sein d'une seule organisation. Citons comme exemple le CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke de la région de l'Estrie, qui a mis sur pied une équipe de neuf techniciens en loisirs pour fournir un programme d'activités sociales et éducatives individualisées pour les résidents anglophones dans ses quatre pavillons de soins de longue durée. Les familles des résidents ont participé au programme à l'étape de sa conception, qui comprenait aussi le recrutement et la formation de bénévoles de la communauté pour appuyer le projet.

DÉFIS

Durabilité des résultats dans un contexte de changement

Les mesures d'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et aux services sociaux de premier niveau ont été réalisées sur une courte période de 15 mois, tandis que la réorganisation du système devra se faire sur une plus longue période. L'élaboration des projets cliniques et organisationnels est la clé du soutien des résultats de ces investissements dans le contexte de la réorganisation des services au moyen d'une approche axée sur la population. La pleine mise en œuvre des 95 réseaux de services locaux du Québec reste à réaliser. Le défi est de s'assurer que les résultats des premiers investissements pour améliorer les services sociaux et de santé de premier niveau pour les anglophones sont soutenus et reportés dans les prochaines phases de la restructuration du réseau de santé et de services sociaux du Québec.

Complexité des objectifs de réorganisation des services

La mise en œuvre des changements structurels au système exigeait que l'on garantisse des solutions à long terme aux problèmes d'accès qui posaient des défis aux promoteurs de projets en raison de la courte période de mise en œuvre des projets. La réorganisation des services nécessite un processus d'études en quatre étapes et des activités conjointes pour établir les profils de l'offre et de la demande; une proposition de modèles de prestation de services; la négociation d'ententes entre partenaires signataires; la mise en œuvre des décisions qui touchent le déploiement de ressources humaines. La stratégie des promoteurs de projets pour influer sur les processus décisionnels régionaux était souvent limitée par les actions d'autres intervenants réagissant à des priorités différentes et par la position hiérarchique des promoteurs de projets dans le réseau de santé et de services sociaux. Le défi est de veiller à ce que les investissements axés sur des améliorations structurelles de l'accès aux services pour les communautés d'expression anglaise soient harmonisés à la réforme pluriannuelle en plusieurs étapes du système québécois.

BÂTIR LES FONDATIONS : FORMATION ET DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Le projet de formation et de développement des ressources humaines de l'Université McGill vise à ce que le réseau de santé et de services sociaux du Québec puisse maintenir un effectif suffisant apte à fournir la gamme des services en anglais. L'Université joue un rôle fondamental puisqu'elle est l'unique institution anglophone à offrir la gamme complète de programmes de formation professionnelle dans les domaines de la santé et des services sociaux. Son leadership en matière de recherche ajoute une importante dimension à la mise en œuvre des mesures. Le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux est le principal partenaire communautaire retenu à contrat et chargé d'assurer la liaison entre le projet et la communauté minoritaire d'expression anglaise.

L'initiative contribue à renforcer la capacité du réseau de santé et de services sociaux du Québec de veiller à ce que ses ressources humaines puissent fournir des services de qualité continus aux citoyens anglophones. Les mesures de projet aident à rehausser la gamme et la qualité des services fournis aux petites communautés minoritaires d'expression anglaise ou à celles qui sont isolées. Un élément clé est un modèle novateur de partenariat qui lie l'Université aux 17 organismes régionaux de santé et de services sociaux, à plusieurs institutions de santé et de services sociaux, à des organismes de formation linguistique et à des organisations communautaires. Le tableau qui suit illustre leurs contributions. Les ententes de partenariat contribuent à accroître le nombre de professionnels anglophones qui travailleront dans les régions. En conséquence, la collaboration avec les fournisseurs de services et les communautés minoritaires d'expression anglaise engendre un nouveau rôle pour le milieu de l'enseignement de l'anglais dans la formation et le soutien des professionnels qui travaillent, ou comptent travailler, dans les régions.

Un comité consultatif est régulièrement consulté sur les aspects de la mise en œuvre de projets ainsi que sur les initiatives d'évaluation et de recherche. L'organe consultatif est composé de représentants mandatés par des parties intéressées considérées comme des intervenants dans les activités des projets. Au nombre de ses membres se trouvent des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, d'ordres professionnels de travailleuses et travailleurs sociaux ainsi que d'infirmières et d'infirmiers et d'institutions publiques, des

représentants de la communauté, du Consortium national de formation en santé et du Centre universitaire de santé McGill et des universitaires membres des équipes interuniversitaires de recherche associées au projet.

Partenariats et collaboration intersectorielle[71]

Mesure	Partenaire	Contribution
Programme de formation linguistique	– Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux – Ministère de la Santé et des Services sociaux – Organismes de santé et de services sociaux – Centres de santé et de services sociaux et leurs partenaires de réseaux locaux – Organisations communautaires – Organismes de formation	– Assurer la participation des communautés minoritaires d'expression anglaise – Assurer la conformité des projets avec les priorités ministérielles actuelles – Coordonner la mise en œuvre du programme dans chaque région – Participer à l'évaluation des besoins en personnel et à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du programme – Communiquer ses besoins et participer aux projets locaux ou régionaux – Fournir une formation et participer au réseau d'échange et de soutien des formateurs
Maintien en poste des professionnels dans les régions	– Institutions d'enseignement – Ministère de la Santé et des Services sociaux – Centres de santé et de services sociaux et leurs partenaires de réseaux locaux – Organisations communautaires	– Travailler en partenariat avec le projet de McGill et les institutions de santé et de services sociaux – Veiller à ce que les projets soient conformes aux priorités ministérielles – Convenir d'entretenir ou d'instaurer des sites de placement – Soutenir les sites institutionnels de placement
Soutien professionnel à distance	-Centre universitaire de santé McGill – Centre d'enseignement du français et de l'anglais (CEFA) (Faculté des arts de l'Université McGill) – Consortium national de formation en santé (CNFS)	– Concevoir le programme de soutien à distance des professionnels – Concevoir le programme d'enseignement du français écrit pour les étudiants d'expression anglaise qui travailleront en milieu francophone – Établir un partenariat pour le programme de formation des superviseurs sur le terrain
Soutien de la communauté à distance	– Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux	– Coordonner la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du programme

Diverses mesures sont mises en œuvre. Ce sont notamment la formation linguistique, la rétention régionale de diplômés de programmes de formation professionnelle et les initiatives de soutien à distance de la communauté et des professionnels.

[71] McGill Training and Human Resources Development Project, *Annual Report 2005-2006*, juin 2006, p. 15.

Formation linguistique

En 2005-2006, la première année du programme de formation linguistique, une formation en anglais langue seconde a été offerte à 1 427 professionnels francophones dans 15 régions[72]. Les objectifs de formation ont été établis par chaque organisme de santé et de services sociaux en conjonction avec les institutions publiques et la communauté anglophone de chaque région. Les priorités de la formation ont été définies à la lumière des besoins des communautés d'expression anglaise définis comme faisant partie des programmes d'accès aux services sociaux et de santé en anglais devant recevoir l'aval du gouvernement du Québec.

Du personnel participant, 56 p. 100 occupait des postes dans des services de réception et d'aiguillage, 24 p. 100 des postes de services sociaux et 20 p. 100 des postes de services de santé. Quatre-vingt-une institutions ont participé, dont 39 centres de santé et de services sociaux, 14 centres de réadaptation, huit hôpitaux, six centres de jeunesse et six centres de soins de longue durée[73]. En 2006-2007, l'ensemble des 17 régions participeront à cette formation, pour laquelle environ 2 000 inscriptions de francophones sont attendues.

Recrutement et maintien en poste des ressources humaines

L'objet de cette mesure pilote est d'encourager les professionnels d'expression anglaise, y compris les étudiants de programmes de formation professionnelle, à aller vivre dans les régions ou à y demeurer. Le projet finance 22 partenariats pilotes de stages dans 14 régions[74]. Chaque partenariat engage des institutions d'enseignement avec un ou plusieurs fournisseurs de services et la communauté locale d'expression anglaise. Une importante activité consiste à instaurer des stages d'étude dans les institutions francophones, qui encourageront ces institutions à embaucher des diplômés. Neuf des partenariats sont dirigés par des institutions de services sociaux et de santé et six par des organisations communautaires. Cinq projets sont pilotés par des institutions d'enseignement pour appuyer les stages d'étude dans les diverses régions.

Les partenariats ont permis de déposer plus de 132 offres officielles de stages. Les stages contribueront à combler les manques de professionnels en science infirmières, en ergothérapie, en physiothérapie, en diététique, en travail social et autres.

Un éventail de mesures appuie les partenariats. Citons par exemple le cours de supervision en ligne pour aider les membres des institutions francophones qui superviseront les étudiants anglophones. Le cours a été conçu par le Consortium national de formation en santé et illustre une importante collaboration entre le CNFS et l'Université McGill.

De plus, des cours de français sont offerts pour perfectionner les aptitudes d'expression orale et écrite en français des étudiants anglophones inscrits à des programmes de formation professionnelle. C'est une initiative fondamentale visant à encourager les diplômés anglophones à se sentir à l'aise pour travailler dans des institutions francophones, que ce soit dans l'Est de Montréal ou dans les régions. Cela permettra en outre aux étudiants de répondre aux exigences linguistiques de l'accréditation professionnelle au Québec. Au nombre des

[72] Ibid., p. 9.
[73] Ibid., p. 10.
[74] Ibid., p. 12.

autres activités, mentionnons la constitution d'une banque de possibilités de stages dans les régions, un programme d'externat d'été et un programme de soutien des étudiants pour leur permettre d'absorber les coûts des stages d'étude loin de chez eux.

Soutien à distance de la communauté

Le programme de soutien à distance de la communauté offre des services à distance au moyen de la vidéoconférence, ou de Telehealth, aux communautés minoritaires d'expression anglaise des régions rurales éloignées. Le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux coordonne cette mesure en partenariat avec le Centre universitaire de santé McGill. L'accès à un éventail de renseignements sur la prévention et sur la promotion de la santé s'est amélioré dans plusieurs communautés. Les communautés ont acquis de l'expertise et la capacité de cerner les besoins et de mobiliser la participation de la communauté aux séances de Telehealth. Des partenariats ont été établis entre les communautés minoritaires d'expression anglaise et les institutions de leur région qui fournissent des programmes de promotion de la santé et de prévention.

En 2005-2006, les programmes de Telehealth ont été fournis à onze communautés isolées, atteignant 28 différents sites de vidéoconférence. Les programmes fournissaient notamment de l'information sur le cancer, la communication entre parents et adolescents, les soins palliatifs, la prévention de la toxicomanie et de l'alcoolisme et le deuil[75]. En 2006-2007, le programme a joint de nouvelles communautés au moyen de professionnels traitant de questions comme les troubles de l'attention, l'intimidation à l'école, la santé mentale et la dyslexie.

Près de 700 personnes ont participé à ces séances[76]. Le programme de Telehealth comble une importante lacune d'accès aux programmes de santé publique et de prévention en anglais dans les collectivités où les anglophones sont en nombre insuffisant pour justifier l'offre de services en anglais par les institutions locales.

Soutien à distance des professionnels

Le Centre universitaire de santé McGill coordonne un programme qui utilise Telehealth pour appuyer les professionnels qui travaillent dans les communautés minoritaires d'expression anglaise de différentes régions. L'objectif visé est d'offrir un soutien professionnel à distance aux professionnels anglophones isolés pour les encourager à rester dans les régions. Y participent aussi des professionnels francophones qui servent des anglophones qui veulent avoir accès à des ressources en anglais pour améliorer leur aptitude à servir la clientèle anglophone.

La formation et le perfectionnement professionnel sont des aspects des nouveaux mandats attribués aux quatre réseaux universitaires intégrés de santé (y compris le Centre universitaire de santé McGill), dans le nouveau contexte du système de santé et de services sociaux du Québec. Il a fallu du temps pour s'assurer que la mesure de soutien à distance des professionnels est conforme à la nouvelle orientation ministérielle assignant un corridor d'accès aux services de santé spécialisés et ultraspécialisés à chaque réseau universitaire intégré de

[75] Ibid., p. 13.
[76] Les évaluations des séances Telehealth sont accessibles dans le site Web du Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux (RCSSS), à l'adresse : http://www.chssn.org.

santé. Une approche souple a finalement été avalisée, permettant le lancement du programme de soutien à distance des professionnels en mars 2007.

Programme de recherche

Le projet de McGill a appuyé la mise sur pied d'une équipe interuniversitaire de recherche qui travaille à établir une infrastructure pour la recherche sur des questions liées aux enjeux de la communication et de la formation linguistique touchant l'accès aux services sociaux et de santé pour les minorités linguistiques[77]. L'équipe de recherche ajoute aussi son expertise, selon les besoins, au volet formation linguistique du projet de McGill. Quatre domaines de recherche ont été déterminés, qui contribueront éventuellement aux nouvelles connaissances relatives à la communication et à la prestation de services aux communautés minoritaires de langue officielle.

DÉFIS[78]

Intégration de la formation linguistique dans les priorités de développement des ressources humaines

Les cours de formation linguistique en anglais pour les professionnels francophones ont remporté un franc succès, ayant été entrepris sur une base volontaire et adaptés au contexte des services et au vocabulaire du réseau de santé et de services sociaux. D'autres incitatifs ont contribué à ce succès, dont l'offre de remboursement des coûts de remplacement du personnel dans certains cas pour les institutions qui libéraient du personnel pour la formation. Avec plus de vingt organisations différentes qui offrent une formation linguistique, l'établissement de niveaux standardisés de compétence linguistique nécessaire pour différents types d'interventions demeure un défi. Le passage à cette prochaine étape de l'élaboration de normes de formation contribuera à ce que les citoyens d'expression anglaise reçoivent des services de même qualité en anglais partout au Québec. Il y a aussi le défi de l'intégration en milieu de travail des compétences linguistiques que les professionnels inscrits à un programme de formation linguistique ont acquises.

Les ressources humaines du Québec dans le secteur de la santé et des services sociaux varient grandement en raison de la vaste réorganisation du personnel et du départ à la retraite de professionnels du réseau. Les fluctuations constantes de personnel constituent de grands défis pour les institutions qui visent à assurer un accès continu aux services en anglais. Le défi consiste à s'assurer que la formation linguistique en anglais langue seconde est intégrée aux plans de développement des ressources humaines des institutions et que des ressources récurrentes sont prévues pour combler les besoins continus.

[77] Les chercheurs participants proviennent de l'Université McGill, de l'Université Concordia, de l'Université du Québec à Montréal et de l'Université de Montréal.

[78] Les défis relevés dans la mise en œuvre de mesures de formation, de maintien en poste et de service à distance sont ressortis des consultations auprès d'intervenants qu'a tenues le Comité provincial sur l'offre de services sociaux et de santé en anglais, dans la préparation de son document d'opinion à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec sur l'intégration des résultats des mesures du Plan d'action fédéral dans le réseau de santé et de services sociaux. Le document d'opinion a été soumis en décembre 2006.

Adaptation des pratiques de stages dans le réseau de la santé et des services sociaux

Le programme pilote de stages qui est en voie d'élaboration par les 22 partenariats est considéré comme un moyen de compenser pour le manque de main-d'œuvre en attirant de nouveaux employés éventuels. Pour les institutions qui répondent aux besoins de leur clientèle d'expression anglaise, le programme est jugé très prometteur. Les programmes de stages en services sociaux et de santé exigent, la plupart du temps, que les institutions fournissent le personnel d'encadrement des étudiants. Cela est souvent considéré comme un fardeau supplémentaire par les professionnels qui agissent comme superviseurs et qui sont eux-mêmes déjà plus qu'occupés. Le défi est de formuler des modalités de rémunération des institutions publiques qui encourageraient leur participation continue aux programmes de stages pour les étudiants anglophones.

Les institutions francophones exigent que les étudiants des programmes de stages satisfassent aux exigences de compétence en français pour pouvoir fonctionner dans une administration francophone. Le défi est de s'assurer que des ressources récurrentes sont fournies aux programmes en anglais menant à un diplôme pour que les étudiants d'expression anglaise des institutions francophones aient les connaissances voulues en français.

L'exode des jeunes est un problème commun à bien des régions. En 15 ans, la communauté dont la langue maternelle est l'anglais est passée de 14 à 9 p. 100 de la population totale du Québec[79]. Un sondage effectué en 1991 dans les collèges et les cégeps anglophones a mis en évidence l'insatisfaction des étudiants à l'égard des perspectives d'emploi au Québec alors que 73 p. 100 d'entre eux ont déclaré envisager leur avenir à l'extérieur de la province[80]. Bien que des études estiment que le taux annuel de départ réel est supérieur à 30 p. 100, l'exode des jeunes nuit aux régions. Il faut une mesure ciblée pour accroître la capacité des programmes anglophones d'études professionnelles dans les domaines de la santé et des services sociaux de recruter des étudiants anglophones des niveaux secondaire et collégial. Une telle stratégie aborderait la question de la rétention des jeunes dans les régions de même que le problème du sous-emploi chronique des anglophones dans le réseau québécois de santé et des services sociaux[81].

Le recrutement et le maintien en poste des professionnels dans les régions est un défi pour toutes les institutions, sans égard à la langue. C'est un défi aussi pour les régions comme Montréal, à qui les efforts de recrutement déployés par d'autres régions ou provinces risquent de faire perdre des diplômés. Dans un contexte de compétition pour les ressources humaines, et en raison de la difficulté d'attirer des professionnels dans les régions, tous les partenaires concernés doivent déployer des efforts supplémentaires pour pousser les professionnels anglophones à faire leur stage, puis à travailler dans des régions éloignées. À cet égard, un investissement à long terme est nécessaire pour favoriser l'acquisition du savoir et promouvoir de nouvelles méthodes d'évaluation propres à contribuer à l'élaboration de stratégies efficaces de recrutement et de maintien en poste.

---

[79] Uli Locher, *Les jeunes et la langue, tome 2 : Usages et attitudes linguistiques des jeunes qui étudient en anglais (de la 4e année du secondaire à la fin du collégial)*, Conseil de la langue française (Québec), Chapitre 8, 1994.
[80] Ibid., Chapitre 10.
[81] CCCASM, *« 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, Tableau : *Personnes employées dans les secteurs des soins de santé et de l'assistance sociale (IMM), Québec, 2001*, 2007, p. 154.

Défis en matière d'organisation et de capacité pour Telehealth

La vidéoconférence est un moyen efficace de servir les communautés minoritaires d'expression anglaise des régions isolées ou rurales. Ce sont des communautés qui n'auraient pas, autrement, accès aux programmes de santé publique qui sont à la portée de la communauté majoritaire. Le réseau de télécommunications du Québec qui appuie la capacité de vidéoconférence a atteint une limite en ce qui a trait à sa capacité de soutenir un volume croissant d'activités. Avec le fardeau grandissant du réseau de transmission, les programmes de soutien à distance des communautés ne sont pas nécessairement perçus comme une priorité en matière de services. Le défi consiste à établir des protocoles d'accès au système de télécommunications qui reconnaissent que les programmes de soutien à distance des communautés s'inscrivent dans les objectifs de la stratégie de santé publique du Québec et que l'accès au réseau de télécommunications doit être assuré pour les programmes destinés aux communautés d'expression anglaise.

La formation des réseaux universitaires intégrés de santé avec des corridors désignés a engendré une ambiguïté en ce qui concerne les mandats d'offre de services aux communautés minoritaires d'expression anglaise situées à l'extérieur du corridor désigné du Centre universitaire de santé McGill. Le défi est de s'assurer que, lors de la mise en œuvre des nouveaux corridors d'accès aux services de santé spécialisés et ultraspécialisés, les besoins de toutes les communautés minoritaires d'expression anglaise sont pris en compte et que les orientations ministérielles reconnaissent explicitement l'obligation des réseaux universitaires intégrés de santé de conclure des ententes entre eux pour assurer le plein accès à ces services, y compris à ceux que fournit Telehealth.

ACTIVITÉS NON FINANCÉES PAR LE PLAN D'ACTION FÉDÉRAL

Deux autres mécanismes que propose le CCCASM dans son rapport de 2002 n'ont pas été relevés dans le Plan d'action fédéral. En dépit de cela, une stratégie a été mise en œuvre pour progresser dans les domaines de la recherche et de l'information stratégique ainsi que de la technologie. De plus, des initiatives qui ont reçu l'appui de l'Agence de la santé publique du Canada, dans le cadre du Fonds pour la santé de la population, complètent les investissements dans le Plan d'action.

BÂTIR LES FONDATIONS : RECHERCHE ET INFORMATION STRATÉGIQUE

Deux principaux facteurs caractérisent la situation de la recherche sur les communautés anglophones en situation minoritaire au moment de la présentation du rapport du Comité au ministre en 2002. Tout d'abord, il n'y avait pas de stratégie coordonnée dans la communauté de la recherche pour effectuer de la recherche sur les communautés anglophones en situation minoritaire au Québec. Deuxièmement, il régnait un climat général de désengagement institutionnel, avec très peu d'incitatifs pour les chercheurs afin qu'ils s'intéressent à la communauté comme sujet d'étude. La recherche centrée sur les communautés de langue officielle en situation minoritaire n'a pas été reconnue comme domaine principal de recherche finançable.

Depuis 2004, le Quebec Community Groups Network (QCGN) et le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux (RCSSS) appliquent une stratégie coordonnée de production de connaissances et de recherche qui affiche des résultats prometteurs. Le QCGN a mobilisé la communauté de la recherche en tenant une conférence en 2005 qui a préparé le terrain pour la formation d'un réseau de recherche et a défini la

recherche comme l'une de ses principales orientations stratégiques. Le QCGN réalise des initiatives concrètes, comme la création d'un répertoire de chercheurs et l'établissement d'un guichet unique virtuel de ressources communautaires comme base de connaissances à la disposition des communautés, des chercheurs, des planificateurs et des décideurs. Le QCGN est aussi en train d'accroître sa capacité de produire des études des tendances relativement à la vitalité des communautés anglophones en situation minoritaire au Québec dans le cadre de sa stratégie de production de connaissances.

Le RCSSS s'est concentré sur l'enrichissement et la dissémination des connaissances ainsi que sur les partenariats de recherche dans le milieu universitaire. Il a compilé des données démographiques, des renseignements de sondage et des profils de déterminants de la santé qui brossent des portraits exhaustifs de l'état de santé et de la vitalité des communautés anglophones en situation minoritaire au Québec. Trois rapports de données de base, un sondage du Centre de recherche sur l'opinion publique (CROP), un modèle interactif de données avec des données de recensement et des données sur la santé des communautés sont les produits de cette initiative. Ces nouveaux renseignements sont activement disséminés aux intervenants de communautés, d'institutions et du gouvernement.

Le partenariat du RCSSS avec le projet de formation et de développement des ressources humaines de McGill donne forme à un partenariat de recherche communautaire-institutionnel et donne un élan à la définition des orientations thématiques de la recherche sur la santé des communautés anglophones en situation minoritaire. En février 2006, un symposium de recherche du RCSSS a rassemblé des chercheurs ainsi que des partenaires communautaires et publics pour mettre en commun des renseignements et des pratiques exemplaires en matière d'initiatives de recherche, d'évaluation et de développement communautaire. Cette mise en commun de l'information a encouragé les intervenants, mais a aussi fait ressortir les lacunes de la promotion de la recherche, de l'évaluation et de la diffusion des connaissances à l'appui de la vitalité des communautés anglophones en situation minoritaire.

D'autres initiatives contribuent à positionner les intervenants pour une action plus concrète. L'équipe interuniversitaire de recherche associée au projet de McGill recherche activement une participation dans les réseaux de recherche stratégique afin de contribuer à la mise en commun, à l'accès et à l'application des connaissances en matière de recherche. Des liens éventuels entre chercheurs au Québec, dans le reste du Canada et au-delà peuvent devenir un important mécanisme d'intervention dans les efforts déployés pour définir les objectifs nationaux qui appuient la recherche sur les communautés de langue officielle en situation minoritaire. À cet égard, une participation conjointe des représentants anglophones et francophones au comité consultatif des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) est importante. Les IRSC ont adopté un plan stratégique triennal qui, entre autres objectifs, vise à définir un domaine de recherche sur la santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire et à établir des partenariats pour financer les thèmes déterminés de la recherche. Le travail du groupe consultatif sur les enquêtes post-censitaires de Statistique Canada et l'élaboration du programme de recherche Patrimoine canadien-Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) sont d'autres exemples des actions qui font doucement progresser le programme de recherche.

DÉFIS

Bien que d'importants progrès aient été enregistrés dans la mobilisation des principaux acteurs pour définir une stratégie de recherche pour les communautés anglophones en situation minoritaire, il reste néanmoins de grands défis à relever pour atteindre les résultats souhaités. Le domaine de recherche sur les communautés de langue officielle en situation minoritaire n'est pas reconnu comme une priorité. Par conséquent, la mobilisation de la recherche, particulièrement dans un contexte de grande université, est difficile en l'absence d'un domaine de recherche bien défini.

BÂTIR LES FONDATIONS : TECHNOLOGIE

Telehealth

Le rapport du Comité au ministre en 2002 désignait la technologie comme un mécanisme pour accroître le rayonnement de l'offre de services de santé à des communautés rurales, éloignées ou isolées d'expression anglaise du Québec. Les mesures proposées visaient à élargir l'emploi de Telehealth et de la télémédecine, à appuyer l'établissement de centres multidisciplinaires d'accueil pour les services à distance et à créer une infrastructure habilitante de connectivité et de technologie. Un partenariat pluriannuel de Telehealth entre l'Université McGill, le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux a établi ce mécanisme comme modèle de prestation de services pour les communautés anglophones en situation minoritaire. Une évaluation qu'a faite l'Université McGill d'un projet pilote antérieur faisant l'essai de la vidéotechnologie comme modèle de prestation de services pour l'intervention psychosociale et la promotion de la santé a conclu que la technologie était conforme aux normes de pratique professionnelle[82].

Le RCSSS et le Centre universitaire de santé McGill ont poursuivi l'élaboration d'un programme de Telehealth pour les communautés anglophones en situation minoritaire avec un financement de projet à court terme jusqu'à l'absorption du programme par le projet de formation et de développement des ressources humaines de McGill. Un programme triennal est maintenant entamé et récolte d'importants résultats pour les communautés anglophones en situation minoritaire. Le partenariat entre le Centre universitaire de santé McGill et le RCSSS de Telehealth a été relevé dans le plan stratégique du Centre universitaire de santé McGill qu'a approuvé le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il est conforme à la désignation du Centre universitaire de santé McGill comme réseau universitaire intégré de santé, qui définit les corridors d'accès aux services avec 22 réseaux locaux de services dans sept régions[83].

[82] The Centre for Applied Family Studies, McGill University School of Social Work, *Evaluation Report: Patient and Community Support Network*, mars 2003.
[83] Des accords sont sur le point d'être conclus entre les réseaux universitaires intégrés de la santé pour assurer l'accès des communautés minoritaires d'expression anglaise de tous les corridors aux services spécialisés et ultraspécialisés.

DÉFIS

Un plan de viabilité est nécessaire pour déployer Telehealth de manière significative en tant que modèle de prestation de services en anglais normal et efficace par rapport aux coûts, dans le nouveau contexte de l'organisation des services sociaux et de santé au Québec.

Centres communautaires d'acquisition du savoir

La deuxième mesure technologique que propose le CCCASM est l'établissement de centres multidisciplinaires d'accueil pour les services à distance. Le RCSSS a invité le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec (MEQ) et l'Association des commissions scolaires anglophones du Québec à faire l'essai du concept dans le cadre de son enquête sur la vitalité de la communauté menée par CROP en 2005[84]. Les résultats de l'enquête ont démontré un solide soutien accordé au concept d'« école communautaire », et les services sociaux et de santé ont été reconnus comme l'un des besoins à combler. Le MEQ a par la suite lancé un programme pilote pour établir 15 centres communautaires d'acquisition du savoir en octobre 2006.

L'établissement des centres communautaires d'acquisition du savoir offre une occasion aux intervenants communautaires et institutionnels qui font la promotion de l'accès amélioré aux services sociaux et de santé pour les communautés minoritaires d'expression anglaise de participer aux partenariats avec les écoles intéressées dans cette composante communautaire.

Au cours de la phase d'élaboration du réseau de collaboration vidéo qui liera les 15 centres, le RCSSS proposera des programmes pour la prestation de services sociaux et de santé aux centres communautaires d'acquisition du savoir dans le cadre du programme Telehealth du RCSSS, en collaboration avec le Centre universitaire de santé McGill et l'hôpital Jeffery-Hale. Le RCSSS est membre du groupe consultatif ressource du projet du MEQ et se prépare à apporter son expertise dans les domaines suivants : la consultation d'équipe; les renseignements et les documents sur les stratégies en matière de santé de la population; les profils des déterminants démographiques et de la santé; les modèles de prestation de services; les stratégies de développement communautaire.

DÉFIS

Les centres communautaires d'acquisition du savoir sont des projets pilotes qui feront l'essai de la faisabilité de l'ouverture des écoles à leur communauté au moyen de l'établissement de partenariats avec les secteurs public, privé et communautaire. Si le modèle connaît du succès, des ressources devront être prévues pour étendre le modèle à d'autres communautés et accroître l'investissement dans la capacité des communautés de coordonner les programmes de soutien à distance dans le domaine de la santé publique.

[84] Sondage *RCSSS-CROP 2005 sur la vitalité des communautés*, 2005.

BÂTIR LES FONDATIONS : SANTÉ DE LA POPULATION

En 2007, le RCSSS a achevé la mise en œuvre d'une stratégie en cinq points de promotion de la santé pour les communautés minoritaires d'expression anglaise[85]. Ce projet triennal était financé par l'Agence de la santé publique du Canada dans le cadre du Fonds pour la santé de la population. Il faisait la promotion de la participation des communautés d'expression anglaise dans l'élaboration de stratégies de promotion de la santé et renforçait leur rôle dans le réseau de santé et de services sociaux du Québec. Des initiatives ont été lancées pour engager différents secteurs et amener les communautés minoritaires d'expression anglaise à participer directement à l'élaboration de modèles de santé de la population dans les nouveaux réseaux locaux de services.

Le projet a accru la capacité de dix communautés cibles de recenser les déterminants de la santé dans le but de promouvoir la collaboration entre les communautés, les autorités de planification et les fournisseurs de services. Le sondage RCSSS-CROP a permis de recueillir de nouvelles données sur la vitalité des communautés minoritaires d'expression anglaise, et un rapport sur la situation des réseaux de soutien social dans les communautés minoritaires d'expression anglaise a été publié[86]. La stratégie ciblait les communautés de la Basse-Côte-Nord et de la côte de la Gaspésie pour l'élaboration de projets pilotes d'économie sociale dans le but de constituer de nouvelles ressources pour répondre aux besoins en matière de santé et de services sociaux. Une conférence provinciale a eu lieu en février 2006, qui a réuni tous les intervenants participant aux initiatives pour accroître l'accès aux services sociaux et de santé pour les communautés d'expression anglaise du Québec.

DÉFIS

La prochaine phase du projet prévue pour 2007-2008 sera axée sur la prestation de programmes de santé publique adaptés pour les communautés minoritaires d'expression anglaise en collaboration avec l'Institut national de santé publique et les programmes régionaux et locaux de santé publique. Une invitation à mettre en commun les pratiques exemplaires avec d'autres réseaux communautaires hors du Québec sera préparée, particulièrement à l'intention des réseaux qui desservent les minorités de langue française. De plus, d'importantes nouvelles données de recensement sur les communautés minoritaires d'expression anglaise permettront de mettre à jour les profils démographiques et ceux des déterminants de la santé.

Les initiatives de promotion de la santé serviront à appuyer la participation des communautés d'expression anglaise dans la mise en œuvre du plan de santé publique du Québec établissant le cadre des nouvelles initiatives de santé publique aux niveaux provincial, régional et local. Le RCSSS s'efforcera aussi de faire en sorte que les communautés minoritaires d'expression anglaise participent concrètement à l'élaboration d'une nouvelle stratégie nationale de santé publique.

---

[85] Le projet prenait appui sur une initiative du RCSSS lancée en 2003, « A Community Guide to the Population Approach » (Un guide communautaire sur l'approche de la population). L'objet du guide était de présenter aux organisations communautaires l'approche axée sur la santé de la population afin de définir les besoins, les priorités et les mesures à prendre pour améliorer les déterminants de la santé touchant les communautés minoritaires d'expression anglaise. Le projet « We Can Act » (Nous pouvons agir) passait au stade suivant de la mise en œuvre de la stratégie de promotion de la santé dans les communautés minoritaires d'expression anglaise par l'application des approches énoncées dans le guide.

[86] Joanne Pocock, *Social Support Networks in Quebec's English-speaking Communities*, RCSSS, avril 2006.

PLAN D'ACTION DÉTAILLÉ : STRATÉGIES D'AMÉLIORATION DES RÉSULTATS

Tous les intervenants participant à la mise en œuvre du Plan d'action fédéral ont contribué aux efforts pour faire en sorte que les résultats des mesures soient durables dans les communautés d'expression anglaise et le réseau de santé et de services sociaux du Québec. Le réseau provincial (RCSSS) a rassemblé les intervenants en février 2006 pour passer les progrès en revue et cerner des stratégies afin de réaliser un changement à long terme. Le réseau provincial a formulé une orientation stratégique et un plan de viabilité devant agir comme guide de l'effort collectif pour maximiser les bénéfices des investissements actuels et préparer la voie d'un plan d'action pour l'avenir. Quatre stratégies liées en sont ressorties et forment l'assise de l'action prochaine visant à améliorer les résultats pour la santé et à accroître la vitalité des communautés anglophones minoritaires.

PREMIÈRE STRATÉGIE : CONSOLIDATION DE NOUVEAUX RÉSEAUX DE COMMUNAUTÉS ET DE PARTENARIATS PUBLICS

Les réseaux officiels de communautés et les partenaires publics sont la clé du maintien des améliorations à l'accès et de la concrétisation des changements organisationnels dans le système pour atteindre les objectifs à long terme. La mesure de réseautage contribue à établir des partenariats durables entre les communautés et le plus vaste réseau de santé et de services sociaux et consolide les liens entre les communautés minoritaires d'expression anglaise, leurs ressources et leurs institutions historiques.

L'engagement des institutions historiques de la communauté auprès des communautés minoritaires d'expression anglaise est un important élément de la viabilité du réseau. Le rôle de l'Université McGill dans la mise en œuvre de mesures dans les communautés et le réseau de santé et de services sociaux ainsi que le soutien d'un programme interuniversitaire de recherche pour produire de nouvelles connaissances constituent une nouveauté d'envergure. Le partenariat du programme Telehealth du Centre universitaire de santé McGill avec le RCSSS est l'illustration de la capacité de fournir de nouveaux services aux communautés minoritaires d'expression anglaise. D'autres intervenants institutionnels historiques sont activement engagés dans le modèle de réseautage, comme le West Montreal Readaptation Centre, qui est intégré dans le programme de stages de McGill, et le Saint-Brigid's Home-hôpital Jeffery-Hale, dans le projet d'adaptation des soins de santé primaires du RCSSS.

Le réseau de santé et de services sociaux fait preuve d'une nouvelle ouverture pour répondre aux besoins des citoyens anglophones dans un contexte de vaste réforme. Cela est manifeste dans la disposition à adopter des stratégies pour intégrer et soutenir les investissements actuels et accueillir les nouvelles initiatives. Les onze nouveaux réseaux appuyés par le Plan d'action permettent de démontrer que les partenaires publics peuvent devenir à l'aise dans une relation fonctionnelle avec les communautés minoritaires d'expression anglaise. Chaque réseau a établi un plan de viabilité engageant ses partenaires publics de façon à promouvoir la viabilité à long terme des modules du réseau.

Le réseau provincial est un élément clé de mobilisation des efforts pour soutenir les nouveaux réseaux. Son modèle de réseau relie 65 organisations communautaires, institutions publiques, fondations et autres intervenants axés sur un objectif commun de promotion de projets et de partenariats pour améliorer l'accès aux services sociaux et de santé pour les communautés minoritaires d'expression anglaise. Le ministère de la Santé et des Services sociaux est devenu un important collaborateur du réseau provincial dans la mise en œuvre des projets d'adaptation des soins de santé primaires. Il a fourni un soutien à l'Université McGill dans la mise en œuvre du projet de formation et de développement des ressources humaines. Cette nouvelle relation avec les hautes sphères de l'administration publique est fondamentale et essentielle au succès des stratégies d'intégration des investissements fédéraux actuels pour préparer la voie aux initiatives futures.

DEUXIÈME STRATÉGIE : CINQ POINTS D'ENTRÉE STRATÉGIQUES POUR LES MESURES VISANT À AMÉLIORER LES RÉSULTATS POUR LA SANTÉ

L'élaboration de nouveaux modèles de prestation de services est essentielle pour adapter l'organisation des services dans le réseau de santé et de services sociaux dans le but de mettre en œuvre les nouvelles stratégies visant à améliorer les résultats pour la santé dans les communautés minoritaires d'expression anglaise. Le stade actuel de réforme du système du Québec présente des occasions d'intégrer de nouvelles mesures d'amélioration dans les projets cliniques et organisationnels qui font surface. Il existe d'autres possibilités avec l'établissement de réseaux universitaires intégrés de santé et la mise en œuvre du programme de santé publique du Québec pour 2003 à 2012.

L'évaluation des premiers effets des projets d'adaptation des soins de santé primaires a permis de démontrer que les initiatives axées sur la réorganisation des services étaient les plus difficiles à concrétiser en raison de la complexité du changement à long terme du système et de la portée limitée des projets à court terme pour influer sur le contexte plus vaste. Alors que bien des mesures ont été jugées fructueuses à court terme au plan de l'amélioration de l'offre de services en anglais, les promoteurs de projets et les partenaires communautaires déclaraient que la viabilité constituait un enjeu de taille[87]. En conséquence, une stratégie est proposée afin de cibler les points d'entrée dans le but de maximiser la capacité des fournisseurs de services de garantir l'accès à ces derniers et d'améliorer les résultats pour la santé dans les communautés anglophones minoritaires. Le but visé est d'assurer l'existence de services en anglais permanents et de qualité comme caractéristique intrinsèque du réseau de santé et de services sociaux du Québec.

Incubation de nouveaux modèles de services

La mise au point de nouveaux modèles de prestation de services qui sont incubés, puis intégrés dans le système, est une approche novatrice de l'apport des changements structurels indispensables pour constituer la masse critique de demande pouvant justifier les offres de services.

[87] ENAP, *Rapport final : Évaluation de la mise en œuvre et des premiers effets du Projet d'amélioration de l'accès aux services et aux soins de santé primaires aux personnes d'expression anglaise du Québec, RCSSS,* octobre 2006, p. iii.

Le modèle d'organisation des services à la population anglophone de la région de Québec est un exemple de conception de modèle de services adapté. L'intégration de l'hôpital Jeffery-Hale, de Saint Brigid's Home et du Centre Holland vise à mettre le plus large éventail possible de services sociaux et de santé primaires à la disposition de la communauté anglophone. Ces services comprennent les services de médecine générale, les services aux aînés, des centres de jour aux centres de soins longue durée ainsi que les services aux familles, aux adolescents et aux adultes, y compris les services à la petite enfance, un programme d'« écoles en santé » et des services en santé mentale.

Le modèle concentre la demande afin de constituer des bases de clientèle suffisantes. Il regroupe les fournisseurs de services et les professionnels pour qui desservir la population d'expression anglaise est une priorité. Il fonctionne aussi au sein du système public grâce à des partenariats visant à élargir la gamme des services.

Le modèle de services novateur promet d'autres gains. Il stimule la participation aux projets cliniques que conçoivent certains centres de santé et de services sociaux; il assure la participation aux mécanismes régionaux de coordination engageant d'autres fournisseurs de services; il enrichit les connaissances sur la population d'expression anglaise et ses besoins et les analyse; il élabore de nouveaux services; il établit des partenariats de recherche et dissémine le modèle aux autres communautés minoritaires d'expression anglaise par son partenariat avec le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux.

Un deuxième exemple est celui de l'emploi de Telehealth pour offrir des programmes de prévention et de promotion aux communautés minoritaires d'expression anglaise isolées ou mal desservies dans des domaines comme la prévention du cancer, la santé mentale, la toxicomanie et l'alcoolisme, l'intimidation, la dyslexie, le trouble déficitaire de l'attention et autres. Le partenariat de la communauté avec l'Université McGill et le Centre universitaire de santé McGill a donné naissance à un modèle de services novateur qui, de prime abord, a été évalué comme efficace, mais qui n'a pas été intégré au système et reconnu comme un moyen normal de prestation de programmes de prévention et de promotion en anglais. L'incubation du modèle de services a atteint un stade où les efforts concertés des partenaires institutionnels et communautaires sont nécessaires pour que le modèle puisse passer de l'« incubateur » au système lui-même. Il faudra, pour cela, une évaluation plus poussée afin de promouvoir le modèle dans le nouveau contexte d'organisation de services. La mobilisation des quatre réseaux québécois universitaires intégrés de santé et du système de santé publique sera un élément fondamental de la prochaine étape. Le résultat recherché est un service Telehealth amélioré propre à appuyer l'élargissement de l'éventail des programmes de promotion de la santé auxquels ont accès les communautés minoritaires d'expression anglaise.

Vaste intervention dans le système

L'apport de changements stratégiques dans l'ensemble du système qui ont des répercussions structurelles ou à long terme sur l'accès aux services en anglais est un deuxième point d'entrée pour le plan d'action. Donnons l'exemple de la réforme du système Info-Santé. De vastes mesures d'adaptation de l'infrastructure ont été entreprises pour établir quatre opérations centrales afin d'assurer l'accès jour et nuit à la ligne d'information sur la santé en anglais. La pleine mise en œuvre conformément aux orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec exige d'autres investissements pour faire en sorte que le mandat élargi afin

d'englober les interventions sociales tienne compte des besoins des anglophones. De plus, une action soutenue est nécessaire pour faire en sorte que les programmes de prévention et de promotion sous le programme de santé publique, fournis par l'entremise d'Info-Santé et d'Info-Social, soient adaptés pour les personnes d'expression anglaise. Cela nécessite la traduction des protocoles d'intervention pour les campagnes portant, entre autres, sur les enjeux de la santé publique, le virus du Nil occidental, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), les éclosions d'hépatite et les avertissements d'eau potable contaminée.

Un autre exemple de vaste intervention dans le système est une proposition du RCSSS appuyée par un organe consultatif au gouvernement du Québec pour réformer les systèmes d'information des clients dans le réseau de santé et de services sociaux[88]. Actuellement, les systèmes d'information sur les clients ne font pas de suivi systématique de la clientèle d'expression anglaise. Alors que le ministère de la Santé et des Services sociaux entreprend une mise à niveau d'envergure de ses systèmes de suivi des clients, une intervention stratégique pour faire en sorte que les nouveaux systèmes désignent les anglophones comblerait une grave lacune de la capacité actuelle du réseau de santé et de services sociaux de cerner les besoins des utilisateurs de services d'expression anglaise. Le manque de renseignements sur les utilisateurs de services d'expression anglaise signifie souvent que la planification ne tient pas compte de leurs besoins, et ceux-ci sont par la suite absents des programmes de services.

Adaptation des projets cliniques et organisationnels

Chacun des 95 nouveaux centres de santé et de services sociaux est responsable de définir un projet clinique et organisationnel pour s'assurer que la population entière de son territoire a un accès continu à un large éventail de services sociaux et de santé généraux, spécialisés et ultraspécialisés. Les éléments de chaque plan comprennent ce qui suit : les besoins sociaux et de santé ainsi que les caractéristiques distinctives de la population; les objectifs à atteindre pour améliorer la santé et le bien-être; l'offre des services requis compte tenu des caractéristiques et des besoins particuliers de la population; les structures organisationnelles de prestation de services.

Les projets cliniques et organisationnels sont au cœur de l'exercice des nouvelles responsabilités axées sur la population que coordonnent les centres de santé et de services sociaux. Ils constituent un point d'entrée naturel pour les ressources fédérales appuyant les nouvelles priorités qui ont pour but d'améliorer les résultats pour la santé de groupes démographiques particuliers. Une contribution ciblée du fédéral serait un important mécanisme appuyant les initiatives que le Québec lance dans le but d'améliorer l'accès aux services des communautés anglophones dans huit programmes d'intervention s'adressant à la population en général. Ces programmes sont les suivants :

- santé publique;
- santé physique;
- aînés et personnes en perte d'autonomie;

[88] Lettre du Committee for the dispensing of health and social services in the English language (comité sur l'offre des services sociaux et de santé en anglais), adressée au ministre de la Santé et des Services sociaux énonçant un avis sur l'intégration des résultats du Plan d'action fédéral dans le réseau de santé et de services sociaux, 19 décembre 2006.

- jeunes et familles;
- santé mentale;
- déficience physique;
- déficience intellectuelle et trouble du développement;
- alcoolisme et toxicomanie.

Le maintien des améliorations dans les résultats pour la santé dans les communautés minoritaires d'expression anglaise est un objectif commun à ces dernières et aux établissements publics qui les desservent. De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux a formulé des lignes directrices qui lient l'élaboration de projets cliniques et organisationnels à la conception de programmes d'accès aux services sociaux et de santé en anglais[89]. Les programmes d'accès ont l'aval du gouvernement du Québec et définissent les droits à des services en anglais en décrivant dans des décrets les fournisseurs de services et les programmes qu'ils offrent en anglais.

Adaptation des « corridors » de service et des réseaux universitaires intégrés de santé

Les institutions doivent établir des « corridors » de service, ou des voies par lesquelles les patients peuvent passer d'un niveau de services médicaux à un autre. Ce sont notamment les services médicaux dispensés à l'hôpital local, généralement au centre de santé et de services sociaux, les services médicaux régionaux d'un centre hospitalier régional et les services provinciaux que fournissent les centres hospitaliers universitaires et les institutions affiliées aux universités et aux centres hospitaliers. Les corridors correspondent à des problèmes de santé particuliers comme le cancer, la perte d'autonomie attribuable à l'âge, les maladies chroniques et autres. La continuité du service est assurée par des mécanismes d'aiguillage et des ententes spéciales entre institutions dans le cadre d'un arrangement de « corridor » donné[90]. Un sondage sur les services sociaux et de santé effectué par le gouvernement a permis de déterminer que 27 p. 100 des personnes qui attendent trois mois ou plus pour consulter un spécialiste sont d'avis que ce délai est trop long[91]. La mise en place de corridors de service contribuera à régler le problème de l'accès opportun aux services médicaux spécialisés et ultraspécialisés.

Une occasion d'introduire des mesures propres à promouvoir un accès en temps opportun aux personnes d'expression anglaise se présente avec la procédure que doit entreprendre chaque centre de santé et des services sociaux pour établir des ententes de service en vue de combler les besoins de la population. Les ententes doivent prévoir le retour des patients à leur centre de santé et de services sociaux d'origine une fois qu'ils n'ont plus besoin de services médicaux spécialisés ou ultraspécialisés. Les modèles de suivi et d'aiguillage des patients d'expression anglaise et la conclusion d'ententes qui assurent la réponse à leurs besoins sont des actions qui favorisent l'adaptation des services médicaux à paliers.

Chacun des quatre réseaux universitaires intégrés de santé a un territoire principal dont il est responsable relativement à l'offre de services ultraspécialisés à une clientèle cible. Les réseaux ont aussi des mandats territoriaux, comme les hôpitaux d'enseignement, au plan de la formation du personnel. Bien qu'il n'y ait pas

[89] *Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise,* MSSS, mars 2006.
[90] *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité,* MSSS, 2006, p. 24.
[91] *Enquête sociale et de santé 1998,* Institut de la statistique du Québec, gouvernement du Québec, 2001, p. 397.

d'application absolue de l'exclusivité territoriale afin de respecter la liberté de choix des patients et des professionnels, les réseaux universitaires intégrés de santé concentrent leurs efforts sur l'organisation de services pour répondre aux besoins des autres paliers de services médicaux dans les « corridors » qui leur sont assignés.

Un point d'entrée pour les nouveaux modèles de prestation de services aux personnes d'expression anglaise réside dans les ententes intra et inter-réseaux qui seront nécessaires pour faire en sorte que les anglophones qui ne peuvent être servis en anglais dans leur « corridor » de résidence puissent l'être dans un autre réseau universitaire de santé.

Adaptation des initiatives de prévention et de promotion

Le programme de santé publique du Québec pour 2003-2013 cerne les stratégies devant guider l'action pour améliorer les déterminants de la santé et le bien-être de la population du Québec. Les fonctions publiques comprennent la surveillance de l'état de santé et ses déterminants, la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des blessures ainsi que la protection de la santé. Six domaines d'intervention forment la base des programmes de santé publique aux niveaux provincial, régional et local. Ils comprennent ce qui suit : le développement; l'ajustement social et l'intégration; les modes de vie et les maladies chroniques; les blessures non intentionnelles; les maladies infectieuses; la santé environnementale et professionnelle[92].

La conception de plans d'action régionaux et locaux qui déterminent les programmes de santé publique offerts dans chaque région ou territoire local est une première étape essentielle pour assurer la mise en œuvre du programme de santé publique. Les plans constituent un important point d'entrée pour les modèles de prestation de programmes de santé publique aux communautés minoritaires d'expression anglaise. Compte tenu du piètre niveau d'accès des anglophones à l'information sur la santé publique[93], des modèles novateurs, comme Telehealth, peuvent être incorporés dans des plans régionaux et locaux comme moyen d'atteindre toutes les communautés minoritaires d'expression anglaise.

TROISIÈME STRATÉGIE : GUIDER LES POLITIQUES PUBLIQUES ET INFLUER SUR LES ACTIONS DU GOUVERNEMENT

Les gouvernements et leurs organismes sont d'importants intervenants dans la mise en œuvre de stratégies d'amélioration de l'accès aux services pour les communautés minoritaires d'expression anglaise. Une politique publique éclairée et des mesures efficaces du gouvernement sont une condition fondamentale du succès des efforts déployés pour consolider les gains et assurer la pérennité des ressources afin d'appuyer la vitalité des communautés minoritaires d'expression anglaise. La démonstration de l'incidence des investissements satisfait non seulement aux exigences de reddition des comptes, mais constitue aussi un outil important pour façonner les politiques publiques qui auront une incidence à long terme sur l'état de santé et la vitalité des communautés. L'évaluation des résultats est un important moyen pour le gouvernement d'évaluer ses engagements actuels et de décider des mesures futures.

[92] *Principales activités québécoises de prévention et de promotion en santé et services sociaux*, MSSS, 2003.
[93] Joanne Pocock, *Rapport de données de base 2005-2006*, RCSSS, février 2006, p. 85.

Le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux fait la promotion d'un examen conjoint des résultats de l'évaluation par les trois promoteurs des mesures du Plan d'action fédéral[94]. Le but visé est d'encourager le transfert du savoir entre les organisations qui parrainent les mesures et de les préparer pour une stratégie coordonnée afin de présenter des recommandations fondamentales aux responsables des politiques, de la planification et des décisions des deux ordres de gouvernement. Un examen des effets combinés des trois mesures appuiera une stratégie coordonnée d'intégration des résultats des mesures dans le réseau de santé et de services sociaux du Québec. Un examen conjoint de l'évaluation permettra d'appuyer les organes qui conseillent les deux ordres de gouvernement relativement à la définition des nouvelles priorités et actions.

Le Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise[95] a joué un rôle important en conseillant le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec relativement à l'intégration des investissements fédéraux dans le réseau de santé et de services sociaux. Le mandat de cet organe établi par le gouvernement est le complément de celui du comité consultatif fédéral (CCCASM). Dans un récent avis au ministre, le comité provincial recommandait une série de mesures ministérielles pour appuyer l'intégration des résultats des mesures du Plan d'action dans le réseau de santé et de services sociaux[96]. La recommandation suivante est importante : que le ministre s'engage, au nom du gouvernement du Québec, à renouveler un accord conclu avec le gouvernement du Canada afin que le gouvernement fédéral puisse continuer de contribuer aux efforts du Québec pour accroître l'accès aux services sociaux et de santé en anglais.

QUATRIÈME STRATÉGIE : DÉVELOPPEMENT DES CONNAISSANCES STRATÉGIQUES

L'enrichissement des connaissances stratégiques est crucial pour mobiliser tous les intervenants engagés dans les initiatives d'amélioration de l'accès aux services en anglais. Deux principales activités caractérisent cette stratégie : développement et diffusion des connaissances; promotion de partenariats de recherche dans les milieux universitaire, institutionnel et communautaire.

Les données démographiques, les données d'enquêtes et les profils des déterminants de la santé permettent de brosser des portraits exhaustifs de l'état de santé et de la vitalité des communautés anglophones en situation minoritaire du Québec. Ces renseignements ont été fournis par le réseau provincial et sont employés pour renforcer le réseau. La disponibilité de données fiables et détaillées sur les communautés minoritaires d'expression anglaise a fourni aux organisations communautaires, aux fournisseurs de services et aux planificateurs de nouveaux renseignements précieux qui modifient les perceptions de l'état de santé des communautés minoritaires d'expression anglaise et appuient les mesures pour faire face aux priorités. Ce sont, par exemple, la publication par le RCSSS de données sociodémographiques sur la population d'expression

[94] L'École nationale d'administration publique (Centre de recherche et d'expertise en évaluation) évalue les trois mesures du Plan d'action. Des évaluations ont été faites de la mesure de réseautage (Quebec Community Groups Networks) et de la mesure d'adaptation des soins de santé primaires (Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux). L'évaluation de la mesure de formation et de développement des ressources humaines est en cours (Université McGill).
[95] L'organe consultatif se compose de représentants des communautés minoritaires d'expression anglaise désignés par le ministre et a un mandat prescrit par la loi de conseiller le gouvernement du Québec au sujet de l'accès aux services sociaux et de santé en anglais et de l'approbation des programmes d'accès aux services en anglais.
[96] *Avis sur les mesures à prendre pour améliorer la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise,* Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, décembre 2006.

anglaise de chacun des 95 territoires desservis par les centres de services sociaux et de santé. La diffusion de ces renseignements a été faite dans le but de concorder avec le processus de révision des programmes d'accès des services en anglais coordonnés par les organismes de santé et de services sociaux. Les nouvelles données sont aussi précieuses pour la préparation de projets cliniques et organisationnels et appuient les communautés au plan du développement communautaire fondé sur le savoir.

La stratégie de promotion des partenariats de recherche appuie un éventail de possibilités. Les intervenants participent aux efforts de conception de programmes interuniversitaires, établissent des alliances de recherche entre communautés et universités et constituent au moins un groupe stratégique national pour promouvoir l'accès aux données de recherche. D'autres initiatives de partenariats de recherche font la promotion de liens de recherche entre la communauté et les fournisseurs de services dans le but d'élaborer une approche de recherche appliquée qui porte précisément sur les réalités des milieux institutionnel et communautaire.

Les initiatives de partenariat de recherche actuelles ont mené notamment à une vision commune de la nature à long terme de la recherche et de l'effort considérable de mobilisation nécessaire pour générer le soutien de sa réalisation. La représentation au sein d'organismes consultatifs pour les Instituts de recherche en santé du Canada et Statistique Canada est un important aspect de cet effort de mobilisation. La promotion de liens actifs entre les chercheurs et les partenariats de recherche associés aux communautés de langue officielle en situation minoritaire est une étape importante dans l'effort plus vaste de promotion d'un programme national de recherche.

BESOINS, PRIORITÉS ET RECOMMANDATIONS

Le plan d'intervention qui suit propose des actions qui prennent appui sur les progrès réalisés et relèvent les nouveaux défis liés à la promotion de la santé et du bien-être des communautés d'expression anglaise dans le contexte de la réforme continue du réseau de santé et de services sociaux du Québec.

PLAN D'INTERVENTION

MAINTIEN ET CONSTITUTION DE RÉSEAUX DE COMMUNAUTÉS ET DE PARTENAIRES PUBLICS

Besoins et priorités

- Il faudra du temps pour apporter des changements structurels au réseau de santé et de services sociaux visant à améliorer l'accès aux services pour les communautés minoritaires d'expression anglaise. Les institutions publiques auront peu, voire pas, de ressources pour appuyer le rôle de coordination des réseaux assumé par les communautés à long terme si le soutien actuel devait être réduit ou retiré.

- Les réseaux fonctionnent efficacement dans le cadre de gouvernance communautaire afin que les intérêts des communautés minoritaires d'expression anglaise soient pleinement représentés dans le système public. Si le financement du réseau cesse ou est réduit, le transfert du programme de la communauté aux mécanismes de coordination et de consultation des institutions majoritaires risque de marginaliser les préoccupations des communautés minoritaires d'expression anglaise dans la planification et la prestation des services.

- Les données démographiques et sur les déterminants de la santé indiquent que de nombreuses communautés minoritaires d'expression anglaise sont vulnérables. Les réseaux actuels n'atteignent que 27 p. 100 des territoires administratifs, où réside 21 p. 100 de la population d'expression anglaise du Québec.

- La mise en œuvre des réseaux fait ressortir les différences entre les communautés qui ont des réseaux et celles qui n'en ont pas. Les communautés dotées de réseaux connaissent des incidences plus positives des différentes mesures visant à améliorer l'accès aux services sociaux et de santé en anglais.

Recommandations :

Il est proposé que :

1. d'après une évaluation des résultats obtenus, les onze réseaux actuellement financés reçoivent un financement continu et stable après 2007-2008;

2. les communautés vulnérables de 24 autres territoires, qui constituent jusqu'à 30 p. 100 de la population d'expression anglaise du Québec, reçoivent un soutien pour l'établissement de réseaux;

3. les communautés vulnérables incapables de mobiliser les ressources nécessaires pour participer aux appels de proposition de réseau reçoivent un financement spécial pour leur permettre d'accéder à un programme d'établissement de réseaux.

INVESTISSEMENT STRATÉGIQUE À LONG TERME DANS DE NOUVEAUX MODÈLES D'ORGANISATION DE SERVICES DANS LE BUT D'AMÉLIORER LES RÉSULTATS POUR LA SANTÉ DANS LES COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES MINORITAIRES

Besoins et priorités

- Les mesures d'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et aux services sociaux de premier niveau ont été exécutées sur une courte période, tandis que la réorganisation du système se fait sur une plus longue période.

- Tous les intervenants reconnaissent que les actuels investissements dans l'amélioration des soins de santé primaires pour les communautés minoritaires d'expression anglaise doivent être soutenus et reportés dans les prochaines phases de la restructuration du réseau de santé et de services sociaux du Québec.

- Les nouvelles priorités du gouvernement du Canada visant à améliorer la santé de groupes démographiques particuliers exigent d'intégrer dans les programmes d'intervention pertinents des nouveaux services communautaires du Québec les nouvelles ressources fédérales consacrées à l'amélioration des résultats pour la santé dans les communautés d'expression anglaise. Ces services visent à répondre aux besoins des populations locales, y compris les communautés minoritaires d'expression anglaise.

- De nouveaux investissements fédéraux sont nécessaires pour appuyer les améliorations structurelles à l'organisation des services dispensés aux communautés minoritaires d'expression anglaise. Les nouveaux investissements fédéraux doivent être harmonisés avec la réforme pluriannuelle en plusieurs étapes du réseau de santé et de services sociaux du Québec.

Recommandations :

Il est proposé que :

4. les portions désignées du financement fédéral axé sur l'amélioration de la santé des Canadiens et, en particulier, sur l'appui des initiatives du Québec pour réformer son réseau de santé et de services sociaux, soient orientées vers la conception de nouveaux modèles de prestation de services pour les communautés d'expression anglaise, en harmonie avec le plan pluriannuel de réforme du Québec;

5. une contribution fédérale pluriannuelle soit accordée pour la conception de nouveaux modèles de prestation de services pour les communautés minoritaires d'expression anglaise, conformément aux cinq domaines d'intervention stratégiques afin d'assurer la durabilité des effets des mesures d'amélioration de l'accès aux services sociaux et de santé en anglais. Ces domaines sont :

    - le soutien des institutions tenant le rôle d'incubateurs de nouveaux modèles en vue de leur éventuelle intégration dans le système;
    - de vastes interventions dans le système qui optimisent l'incidence des mesures d'amélioration dans le réseau de santé et de services sociaux, comme Info-Santé et Info-Social et les systèmes d'information de la clientèle;
    - l'adaptation des projets cliniques et organisationnels;
    - l'adaptation des corridors de service et des réseaux universitaires intégrés de santé;
    - l'adaptation des programmes de prévention et de promotion.

MAINTIEN ET ACCROISSEMENT DE LA FORMATION ET DU PERFECTIONNEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Besoins et priorités

- La demande de professionnels francophones qui désirent recevoir une formation linguistique en anglais dépasse les prévisions originales de 37 p. 100.
- Les ressources humaines du Québec dans le secteur de la santé et des services sociaux fluctuent constamment en raison de la vaste réorganisation du personnel et du départ à la retraite des professionnels du réseau. Ceci pose des défis de taille aux institutions qui s'efforcent de s'assurer que leur personnel peut fournir des services de qualité en anglais de façon continue.
- La standardisation des niveaux de compétence linguistique pour différents types d'intervention professionnelle constitue un défi.
- L'intégration dans le milieu de travail des compétences linguistiques acquises par les professionnels inscrits à des programmes de formation linguistique constitue un défi.
- On constate l'absence de soutien récurrent pour la formation linguistique dans les budgets de développement professionnel alloués à chaque région.
- L'enseignement des langues secondes n'est pas nécessairement intégré aux plans de développement des ressources humaines des institutions publiques.

- L’adaptation des pratiques de stages dans le réseau de la santé et des services sociaux pour attirer les professionnels anglophones pose des défis pour les institutions, auxquelles il manque le personnel et les ressources nécessaires pour appuyer les programmes de stages.

- L’exode des jeunes et la sous-représentation des professionnels d’expression anglaise dans le réseau québécois des services sociaux et de santé sont deux facteurs appuyant la nécessité d’une action ciblée dans le but de recruter des jeunes anglophones dans les programmes anglais d’études professionnelles dans les domaines de la santé et des services sociaux.

- Le recrutement et le maintien en poste des professionnels dans les régions posent un défi dans le contexte de pénurie de ressources humaines. Le recrutement et le maintien en poste des professionnels d’expression anglaise présente des obstacles supplémentaires en raison des incitatifs à quitter le Québec, du malaise de travailler en milieu francophone, du manque de soutien professionnel et du manque de connaissances suffisantes du français pour adhérer à un ordre professionnel ou pour satisfaire aux exigences linguistiques d’une administration d’expression française.

- L’expansion de la demande des communautés minoritaires d’expression anglaise pour les programmes de santé publique offerts dans le cadre de Telehealth exerce de plus grandes pressions sur les ressources limitées pour ce programme.

- Une évaluation plus poussée du programme Telehealth s’impose pour valider les pratiques exemplaires et mesurer la faisabilité de son application générale à la prestation des programmes de santé publique pour les communautés minoritaires d’expression anglaise.

- La vidéoconférence pour la prestation des programmes en anglais de prévention et de promotion de la santé aux communautés d’expression anglaise éloignées ou isolées n’est pas reconnue comme un programme prioritaire pouvant être employé dans le réseau de télécommunications du Québec.

- L’établissement de réseaux universitaires intégrés de santé avec des « corridors » désignés pour l’accès aux services nécessite des ententes pour faire en sorte que toutes les communautés minoritaires d’expression anglaise aient accès aux programmes de Telehealth fournissant des renseignements sur la santé publique dans leur langue.

- Des activités d’évaluation plus approfondies s’imposent pour connaître les incidences à plus long terme de la formation linguistique sur l’offre de services en anglais. Il faudra plus d’évaluations pour déterminer les pratiques exemplaires émanant des partenariats pilotes qui font la promotion des programmes de stages pour recruter des étudiants anglophones pour les régions.

Recommandations :

Il est proposé que :

6. une contribution fédérale pluriannuelle soit accordée pour la formation et le perfectionnement des ressources humaines du réseau de santé et de services sociaux du Québec pour appuyer sa capacité de servir les citoyens anglophones dans leur langue;

7. au cours d'une deuxième phase de formation linguistique, la priorité soit accordée à la conception d'un modèle pour documenter et évaluer l'incidence de la formation linguistique à la lumière de différentes variables et les effets de celles-ci sur l'offre de services en anglais;

8. au cours d'une deuxième phase de formation linguistique, la priorité soit accordée, d'une part, à l'élaboration de mesures de soutien de l'entretien des aptitudes en langue seconde, ce qui englobe les professionnels, les organismes de formation et d'autres intervenants, et, d'autre part, à l'intégration dans le milieu de travail des compétences linguistiques acquises par les professionnels inscrits aux programmes;

9. au cours d'une deuxième phase d'initiatives de stages et de maintien en poste, la priorité soit accordée à la conception de modèles éprouvés de stages et de rétention des professionnels dans les régions;

10. au cours d'une deuxième phase d'initiatives de stages et de maintien en poste, la priorité soit accordée à une mesure ciblée propre à accroître la capacité des programmes d'études dispensés en anglais dans les domaines de la santé et des services sociaux de recruter des jeunes anglophones;

11. une deuxième phase de soutien à distance de la communauté soit prolongée afin d'accroître la capacité de fournir des programmes de santé publique aux communautés minoritaires d'expression anglaise isolées ou mal desservies. La priorité devrait être donnée à une évaluation des pratiques exemplaires et de l'incidence des mesures sur l'offre de services en anglais;

12. une deuxième phase de soutien à distance des professionnels soit financée afin d'accroître, en conformité avec la création de corridors d'accès aux services de santé spécialisés et ultraspécialisés, la capacité d'accès à chaque réseau universitaire intégré de santé;

13. un nouvel investissement en formation et en développement des ressources humaines favorise l'acquisition du savoir et de nouvelles méthodes d'évaluation et soutienne un programme de promotion de la recherche;

14. un nouvel investissement en formation et en développement des ressources humaines propose les technologies de l'information comme moyens d'appuyer le perfectionnement professionnel grâce à la mise en réseau des professionnels de la santé et des services sociaux desservant les communautés anglophones minoritaires éloignées ou isolées et des autres professionnels desservant les anglophones.

PROMOTION DE LA RECHERCHE ET DE L'INFORMATION STRATÉGIQUE

Besoins et priorités

- La recherche axée sur la santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire n'a pas encore acquis le titre de domaine de recherche acceptable pour recevoir du financement au sein des principaux organes de financement.

- Les progrès sont lents relativement à l'élaboration de stratégies coordonnées dans la communauté de la recherche pour effectuer des recherches sur la santé des communautés anglophones en situation minoritaire au Québec. Il existe actuellement peu d'incitatifs poussant les chercheurs à s'intéresser à la communauté comme domaine d'étude.

- La mobilisation de la recherche, particulièrement dans le contexte de grandes universités, est difficile en l'absence d'un domaine de recherche défini.

- Les communautés minoritaires d'expression anglaise ont besoin de plus de ressources pour accroître leur capacité de produire des connaissances et agir comme partenaires à part entière dans la recherche.

Recommandations :

Il est proposé que :

15. un plan d'action fédéral soit établi, avec des fonds réservés à la recherche sur les communautés de langue officielle en situation minoritaire;

16. un plan d'action fédéral comporte les éléments suivants :

    - des engagements ministériels coordonnés de financement de la recherche;

    - une politique nationale de promotion des communautés de langue officielle en situation minoritaire comme domaine de recherche afin de pousser les organes de financement de la recherche à ouvrir des concours;

    - l'établissement de chaires universitaires et de programmes de formation pour recruter de jeunes chercheurs;

    - l'élaboration de programmes conjoints de financement de la recherche engageant des ministères fédéraux et des organes de recherche;

    - la promotion de protocoles d'accès aux données en collaboration avec Statistique Canada;

- la mise en œuvre d'un programme de financement afin d'accroître la capacité de la communauté de créer des connaissances, de stimuler la recherche et de participer aux partenariats de recherche;

- une stratégie pour lier la recherche entre les communautés de langue officielle en situation minoritaire et les universités du Québec et les organes de financement;

- un programme de financement propre à appuyer le transfert du savoir grâce à des partenariats entre les établissements d'enseignement et les communautés anglophones minoritaires dans le but de favoriser l'application optimale des nouvelles connaissances.

PROMOTION DE LA TECHNOLOGIE POUR MIEUX SERVIR LES COMMUNAUTÉS MINORITAIRES D'EXPRESSION ANGLAISE

Besoins et priorités

- Les communautés minoritaires d'expression anglaise ont peu accès aux renseignements sur la santé publique que fournissent les institutions publiques.

- Les communautés minoritaires d'expression anglaise des régions isolées et rurales connaissent des obstacles dans l'accès aux renseignements sur la prévention et sur la promotion de la santé en raison de l'absence de masse critique pour justifier l'offre de services en anglais dans leur région.

- Un plan de viabilité est nécessaire pour répandre de façon significative Telehealth comme modèle normal et efficace par rapport aux coûts de prestation des services en anglais, dans le nouveau contexte de l'organisation des services sociaux et de santé au Québec.

Recommandations :

Il est proposé que :

17. des enveloppes budgétaires consacrées à la mise sur pied des services aux communautés minoritaires d'expression anglaise soient réservées dans les principaux programmes d'infrastructure comme Inforoute Santé du Canada, la Fondation canadienne pour l'innovation et d'autres programmes fédéraux de contribution qui appuient la croissance de Telehealth du Québec;

18. des partenariats fédéraux avec les collectivités minoritaires d'expression anglaise appuient l'expansion du rôle de nouveaux centres communautaires d'acquisition du savoir dans la prestation de services sociaux et de santé en anglais. Plus précisément, les fonds augmenteraient la capacité de la communauté de coordonner les programmes de soutien communautaire à distance dans le domaine de la santé publique au moyen de nouveaux réseaux de vidéoconférence.

PROMOTION DE STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE SANTÉ DE LA POPULATION POUR LES COMMUNAUTÉS MINORITAIRES D'EXPRESSION ANGLAISE

Besoins et priorités

- Les communautés minoritaires d'expression anglaise continuent d'afficher un faible niveau d'accès aux renseignements sur la santé publique fournis par les institutions publiques.

- Certaines communautés cibles appliquent avec succès les stratégies de promotion de la santé qui appuient la représentation des déterminants de la santé, l'engagement de différents secteurs et la participation directe des communautés minoritaires d'expression anglaise dans la conception de modèles de santé de la population dans les nouveaux réseaux locaux de services.

- Des programmes de santé publique du Québec adaptés aux communautés d'expression anglaise cibles sont nécessaires pour faire en sorte que les anglophones aient le même niveau d'accès aux programmes de prévention et de promotion de la santé que le reste de la population.

Recommandations :

Il est proposé que :

19. une contribution fédérale soit fournie aux communautés d'expression anglaise du Québec pour appuyer leur participation au plan de santé publique du Québec lançant de nouvelles initiatives de santé publique aux niveaux provincial, régional et local;

20. l'Agence de la santé publique du Canada fasse activement la promotion des communautés minoritaires d'expression anglaise en tant qu'intervenants dans l'élaboration d'une nouvelle stratégie nationale en matière de santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé publique du Canada, *Santé de la population*, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants.

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

Carter, James. *A Community Guide to the Population Health Approach*, CHSSN, mars 2003.

CCCASM. *« 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, juin 2007.

CCCASM. *Rapport au ministre fédéral de la Santé*, Ottawa, Santé Canada, 2002.

ENAP. *Rapport d'évaluation préliminaire : L'initiative de partenariat et de réseautage des services sociaux et des services de santé*, QCGN, novembre 2006.

ENAP. *Rapport final : Évaluation de la mise en œuvre et des premiers effets du Projet d'amélioration de l'accès aux services et aux soins de santé primaires aux personnes d'expression anglaise du Québec, RCSSS*, octobre 2006.

FCFA. *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, 2001.

Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, 2001.

Jedwab, Jack. *Unpacking the Diversity of Quebec Anglophones*, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, novembre 2006.

Locher, Uli. *Les jeunes et la langue, tome 2 : Usages et attitudes linguistiques des jeunes qui étudient en anglais (de la 4e année du secondaire à la fin du collégial)*, Conseil de la langue française, Québec, 1994.

McGill Training and Human Resources Development Project. *Annual Report 2005-2006*, juin 2006.

MSSS. *Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise*, Québec, mars 2006.

MSSS. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, Québec, 2006.

MSSS. *Main Québec health and social services prevention and promotion initiatives*, Québec, 2003.

MSSS. *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Document principal*, Québec, octobre 2004.

Pocock, Joanne. *Rapport de données de base 2005-2006,* RCSSS, février 2006.

Pocock, Joanne. Social Support Networks in Quebec's English-speaking Communities, RCSSS, avril 2006.

RCSSS. *Guide des projets – Initiative d'accès aux soins de santé primaires 2004-2006 du RCSSS.*

RCSSS. *Rapport final des activités et des résultats du projet Amélioration de l'accès aux services et aux soins de santé primaires pour les personnes d'expression anglaise du Québec*, mai 2006.

The Centre for Applied Family Studies, McGill University School of Social Work. *Evaluation Report: Patient and Community Support Network*, mars 2003.

Tipenko, Elena. *Statistical analysis of health system utilization, use of diagnostic testing, and perceptions of quality and satisfaction with health care services of Official Languages Minority Communities (OLMC),* document de travail, DSMAD, Santé Canada, 2006.

Warnke, Jan. *Caractéristiques démographiques et sociales de la population anglophone de chaque région socio-sanitaire du Québec*, RCSSS, septembre 2006.

Membres du Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire

M. Eric Maldoff
coprésident – communauté
associé, Heenan Blaikie
Montréal, Québec

M. Marcel Nouvet
coprésident – Santé Canada
sous-ministre adjoint, Direction générale des services de gestion
champion des langues officielles
Santé Canada

M^me^ Sylvia Martin-Laforge
co-secrétaire – communauté
directrice générale, Quebec Community Groups Network
Montréal, Québec

M^me^ Nisa Mairi Tummon
co-secrétaire – Santé Canada
Bureau d'appui aux communautés de langue officielle
Direction générale de la politique de la santé
Santé Canada

Représentants de la communauté :

M^me^ Patti Arnold
consultante, Communications et gestion de projets
Îles-de-la-Madeleine, Québec

M. James Carter
conseiller en programmes et en politiques, Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux
St-Bruno, Québec

M. Louis Hanrahan
directeur général, St. Brigid's-hôpital Jeffery Hale
Québec, Québec

M^me^ Estelle Hopmeyer
co-chercheure, Human Resources and Development Project
Université McGill
Montréal, Québec

M^me^ JoAnn Jones
infirmière clinicienne spécialisée
Sutton, Québec

D^r^ James MacDougall
président et chef de la direction, Institut canadien de recherche et de formation sur la surdité
professeur agrégé, département de psychologie, Université McGill
Montréal, Québec

Kathy Megyery
directrice principale, Planification stratégique et développement des affaires, Sanofi-Aventis
Montréal, Québec

M[me] Marion Standish
membre du Conseil d'administration, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Montérégie
présidente, Comité de santé et de services sociaux des Townshippers
Rougemont, Québec

M. James Warbanks
membre du Comité consultatif, Régie régionale de la santé des Laurentides
Lachute, Québec

Représentante de Patrimoine canadien :

M[me] Beverley Caplan
gestionnaire des langues officielles
Programmes des langues officielles
Bureau régional du Québec
Citoyenneté et identité

Représentants de Santé Canada :

M. Frank Fedyk
sous-ministre adjoint intérimaire
Direction générale de la politique de la santé
Santé Canada

Roger Farley
directeur exécutif, Bureau d'appui aux communautés de langue officielle
Direction générale de la politique de la santé
Santé Canada

M[me] Marie-France Bérard
directrice générale régionale – Québec
Santé Canada

M. Jean-Louis Caya
directeur régional – Québec
Agence de la santé publique du Canada

M[me] Marie-Gloriose Ingabire
Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé
Direction générale de la politique de la santé
Santé Canada