

Rapport sur les priorités des communautés d'expression anglaise du Québec en matière de santé et de services sociaux

À soumettre à

Santé Canada

par le

Health and Social Services Priorities Committee

Préparé par

James Carter

Conseiller principal en programmes et politiques
Réseau communautaire de santé et de services sociaux

en collaboration avec

Joanne Pocock
Chercheuse

Janvier 2022

Table des matières

Avant-propos	2
Introduction.....	3
1. Profil sociodémographique des communautés d'expression anglaise	4
2. Populations d'expression anglaise vulnérables	5
2.1 Aînés	5
2.2 Les enfants et les jeunes	7
2.3 Personnes souffrant de problèmes de santé mentale et leurs proches aidants	9
3. Perspectives communautaires sur l'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais ..	12
3.1 Langue et accès : l'importance de la communication	12
3.2 Accès général aux services de santé: Attitude des usagers d'expression française et anglaise	14
3.4 L'accès aux services en anglais au fil du temps: tendances à prendre en compte	19
3.5 Ce que les enquêtes révèlent sur l'accès	20
4. Mesures de soutien à l'accès et d'amélioration des résultats pour la santé dans les communautés d'expression anglaise.....	21
4.1 Renforcer les communautés.....	21
4.1.1. Modèles novateurs de prestation de services	25
4.1.2. Adaptation des ressources communautaires francophones aux personnes d'expression anglaise	27
4.2 Adaptation du système de santé et de services sociaux en partenariat avec les communautés	28
4.3 Connaissances stratégiques.....	29
5. Aller de l'avant.....	30
6. Recommandations	32

Avant-propos

Le Health and Social Services Priorities Committee (HSSPC) rassemble les organismes nommés ci-dessous en vue de conseiller Santé Canada sur les priorités des communautés d'expression anglaise du Québec en matière de santé et de services sociaux, ainsi que sur la mise en œuvre des Programmes de contribution pluriannuels qui découlent de l'engagement pris par le Canada de respecter la dualité linguistique et de renforcer la vitalité des communautés d'expression anglaise.

Le HSSPC a pour membres le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (CHSSN) et les organismes qui parrainent les vingt-deux réseaux communautaires de santé et de services sociaux du Québec¹ :

Centre de ressources familiales 4 Korner, Deux-Montagnes
Réseau de développement et de prévention afro-canadien (ACDPN), Montréal
AGAPE- Association Amicale des Jeunes et Parents AGAPE Inc., Laval
Assistance and Referral Centre (ARC), Brossard
Centre d'accès pour services en anglais (CASE), Drummondville
Services communautaires collectifs (CCS), Montréal
Association Coasters, Rivière Saint-Paul
Comité d'Action Sociale Anglophone (CASA), New Carlisle
Réseau communautaire de santé et de services sociaux (CHSSN), Québec
Centre de ressources Connexions, Gatineau
Conseil des Anglophones madelinots (CAMI), Grosse-Île
Réseau de l'Est de l'Île pour les services en anglais (REISA), Montréal
English-Community Organization of Lanaudière (ECOL), Rawdon
Organisme communautaire anglaise du Saguenay-Lac-Saint-Jean, (ECO-02), Jonquière
Heritage Bas-Saint-Laurent, Métis-sur-mer
Les Partenaires communautaires Jeffery Hale (JHCP), Québec
Corporation de développement de la communauté d'expression anglaise de Mégantic (MCDC), Thetford Mines
Partenariat de l'est de la Montérégie pour la communauté d'expression anglaise (MEPEC), Belœil
Montérégie West Community Network (MWCN), Châteauguay
Association régionale des voisins de Rouyn-Noranda, Rouyn-Noranda
Association communautaire de la Côte-Nord (NSCA), Baie-Comeau
Association des townshippers, Sherbrooke et Knowlton (deux réseaux communautaires)
Vision Gaspé Percé Now (VGPN), Gaspé

¹ Trois réseaux communautaires sont en cours de création: Nord-de-l'Île-de-Montréal (REISA), Ouest-de-l'Île-de-Montréal (ACDPN), Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (Centre Eva Marsden).

Introduction

Au cours des prochains mois, le gouvernement fédéral annoncera le renouvellement du Plan d'action pour les langues officielles pour la période 2023-2028. Il affirmera l'engagement du Canada de promouvoir la dualité linguistique et la vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire qui comprennent les communautés de langue anglaise du Québec. Dans le cadre de cet engagement fédéral, Santé Canada sera invité à élaborer un nouveau Programme de contribution pour les langues officielles en santé aux fins d'améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux des communautés d'expression anglaise du Québec et des communautés d'expression française dans le reste du Canada.

La collaboration établie entre le CHSSN et le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) du Québec depuis le premier Programme de contribution de Santé Canada en 2003 a instauré un cadre solide pour intégrer les investissements fédéraux dans les communautés d'expression anglaise et dans le système public de santé et de services sociaux. La clé de voûte de ce cadre consiste dans une entente de mise en œuvre entre le CHSSN et le MSSS. Cette entente garantit que les mesures renforcent les dispositions législatives québécoises relatives au droit de recevoir des services en anglais, et qu'elles s'appliquent d'une manière qui cadre avec la responsabilité du Québec de planifier, d'organiser et d'offrir des services de santé et des services sociaux.

Cette année, le gouvernement du Canada est censé annoncer son intention de lancer un nouveau Plan pour les langues officielles 2023-2028. Le CHSSN et ses partenaires communautaires publient le présent rapport en vue de préparer les consultations. Ce rapport, qui dresse un portrait actualisé des communautés d'expression anglaise et de leurs populations vulnérables, présente les perspectives communautaires sur l'accès aux services en anglais, ainsi que les mesures de soutien à l'accès et à l'amélioration des résultats concernant la santé des communautés d'expression anglaise.

Avant de présenter ce rapport à Santé Canada, le CHSSN invitera le MSSS à entreprendre des consultations sur le document avec le réseau de santé et de services sociaux. Son objectif consiste à garantir que la proposition qui sera faite à Santé Canada reflète l'engagement commun du Québec et de ses communautés d'expression anglaise à faire tandem pour améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais.

1. Profil sociodémographique des communautés d'expression anglaise

La plus grande communauté de langue officielle au Canada

Le Québec compte plus d'un million de personnes d'expression anglaise, soit 13,8 % de sa population. Selon le Recensement de 2016 du Canada de Statistiques Canada, les communautés régionales d'expression anglaise comptent plus de 600 000 âmes sur l'Île de Montréal, et une population importante dans les régions voisines de la Montérégie (156 200) et de Laval (90 980), ou restreinte dans des régions telles que le Bas-Saint-Laurent (1 225) et la région du Saguenay Lac-Saint-Jean (1 970)². Dans l'ensemble, neuf Québécois d'expression anglaise sur dix vivent en ville. Pourtant, malgré cette tendance urbaine, certaines communautés d'expression anglaise régionales comptent une proportion importante de leurs membres qui vivent en milieu rural. Tel est le cas dans les régions suivantes : Nord-du-Québec (100 %), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (97 %), Abitibi-Témiscamingue (52 %), Estrie (49 %) et Bas-Saint-Laurent (45 %)³. Contrairement à Montréal et aux régions avoisinantes, on trouve des communautés très dispersées sur la Côte-Nord, en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. Parmi les communautés de langue officielle en situation minoritaire au Canada, la population d'expression anglaise du Québec est la plus nombreuse, suivie des populations francophones de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick. Quant aux anglophones du Québec, ils se classent deuxièmes après la population francophone du Nouveau-Brunswick, quant à la proportion qu'ils représentent de la population provinciale⁴.

Vulnérabilité socioéconomique

Les communautés d'expression anglaise du Québec souffrent d'une vulnérabilité socioéconomique qui menace leur santé, surtout parmi certains sous-groupes de la population. Les disparités de revenu au sein d'une population se traduisent par un état de santé plus ou moins bon et par des inégalités sociales⁵. Selon une étude publiée par l'INSPQ en 2012, « il existe plus d'inégalités de revenus dans la population anglophone, et ce, à tous les niveaux⁶ ». Selon cette étude, les disparités de revenu par région et par sexe étaient plus marquées chez les anglophones, notamment dans la région métropolitaine de recensement de Montréal. Un indice socioéconomique composite élaboré par le ministère du Patrimoine canadien signale également des degrés très élevés de vulnérabilité socioéconomique dans les régions suivantes : Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine, Nord-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord et Estrie⁷.

Selon le Recensement canadien de 2016, le taux de chômage est plus élevé parmi la population québécoise d'expression anglaise (8,9 %) que parmi la majorité francophone (6,9 %). En outre, il est beaucoup plus élevé dans certaines communautés régionales. Par exemple, le taux de chômage de la population d'expression anglaise de la Côte-Nord est de 25,3 % par rapport à 11,6 % parmi la population d'expression française. La population d'expression anglaise de Gaspésie connaît un taux de chômage de 24,4 %, tandis que chez ses voisins francophones, ce taux est de 15,1 %⁸.

² JPocock Research Consulting pour le compte du Réseau communautaire de santé et de services sociaux (CHSSN) (2016/2017). Ces calculs sont basés sur un ordre spécial extrait du Recensement de 2016 du Canada, Statistique Canada.

³ Ibid., p. 51.

⁴ Ibid., p. 51.

⁵ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (mai 2012). *La situation socioéconomique des anglophones du Québec*. Gouvernement du Québec, p. 24. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1494_SituationSocioEconoAngloQc.pdf

⁶ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (mai 2012) *La situation socioéconomique des anglophones du Québec*. Gouvernement du Québec, p. 24. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1494_SituationSocioEconoAngloQc.pdf

⁷ Patrimoine Canada (2015a). *Composite Indicators of Official-Language Minority Communities in Canada*. Gatineau: Équipe de recherche, Direction générale des langues officielles, ministère du Patrimoine canadien.

⁸ JPocock Research Consulting pour le compte du Réseau communautaire de santé et de services sociaux (CHSSN) (2016/2017). (CHSSN) (2016/2017). Ces calculs sont basés sur un ordre spécial extrait du Recensement de 2016 du Canada, Statistique Canada.

Minorités visibles et immigrants

Pour ce qui concerne la diversité de la population, plus d'un tiers de la population d'expression anglaise du Québec appartient à un groupe de minorité visible (29,8 %). Ce chiffre est beaucoup plus élevé que pour la majorité francophone (9,7 %). Certaines communautés régionales comptent une proportion beaucoup plus forte de membres de minorités visibles. Par exemple, 45,3 % de la population d'expression anglaise du RTS du Nord-de-l'Île-de-Montréal et 41,9 % du RTS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal appartiennent à un groupe de minorité visible⁹. Les communautés de minorités visibles d'expression anglaise sont plus vulnérables sur le plan socioéconomique que d'autres communautés. Un tiers (33,2 %) des minorités visibles d'expression anglaise vit sous le seuil de faible revenu (SFR), comparativement à 17 % de la population anglaise ne faisant pas partie des minorités visibles, et 13,8 % du groupe d'expression française ne faisant pas partie de minorités visibles¹⁰.

Selon le Recensement de 2016 du Canada, la proportion d'immigrants au sein de la population d'expression anglaise au Québec est de loin supérieure à celle de la population francophone, et ce dans toutes les régions du Québec. Les nouveaux immigrants ont du mal à s'y retrouver dans le système de santé et à créer des réseaux de soutien communautaire pourtant crucial. Les très fortes concentrations d'immigrants de 15 ans et plus dont l'anglais est la première langue officielle d'usage vivent à Montréal (49,6 %) et à Laval (47,2 %). Ils sont suivis par la Montérégie (34,2 %) et la Capitale-Nationale (37,7 %). Si l'on tient compte du lieu de naissance des personnes d'expression anglaise de 15 ans ou plus, plus de la moitié d'entre elles (52,8 %) sont nées à l'extérieur du Canada ou dans une autre province canadienne. Dans certaines régions, telles que l'Outaouais et le Saguenay-Lac-Saint-Jean, environ un tiers de la population anglophone est née à l'extérieur de la province¹¹.

2. Populations d'expression anglaise vulnérables

2.1 Aînés

Communautés vieillissantes

Parmi le million de personnes d'expression anglaise que compte le Québec, 159 670 ont au moins 65 ans et représentent 14,5 % de la population d'expression anglaise¹². Dans de nombreuses régions, cette proportion est beaucoup plus élevée. Par exemple, les aînés représentent 26,9 % de la population d'expression anglaise dans le RTS de la Gaspésie, 25,2 % dans le RTS des Îles et 24,5 % dans le RTS du Bas-Saint-Laurent. Dans d'autres régions, la proportion d'aînés est plus faible, mais sensiblement plus forte comparativement à celle des aînés d'expression française dans leurs communautés. Dans la région de l'Estrie, les aînés d'expression anglaise représentent 23 % de leur communauté, tandis que les aînés d'expression française représentent 18,8 % des leurs¹³.

Aînés des minorités visibles

Les aînés d'expression anglaise du Québec se démarquent nettement de leurs homologues francophones quant à la probabilité qu'ils soient membres d'une minorité visible. Parmi les aînés d'expression anglaise de 55 à 64 ans, 21,6 % se disent membres d'une minorité visible, par rapport à

⁹ RTS signifie « Réseau territorial de services », territoire administratif qui circonscrit les réseaux de services.

¹⁰ JPocock Research Consulting pour le compte du Réseau communautaire de santé et de services sociaux (CHSSN) (2016/2017). Ces calculs sont basés sur un ordre spécial extrait du Recensement de 2016 du Canada, Statistique Canada.

¹¹ JPocock Research Consulting pour le compte du Réseau communautaire de santé et de services sociaux (CHSSN) (2016/2017). Ces calculs sont basés sur un ordre spécial extrait du Recensement de 2016 du Canada, Statistique Canada.

¹² Pocock Research Consulting pour le compte du Réseau communautaire de santé et de services sociaux (CHSSN) (2019-2020). *Socio-demographic Profile of the Population Aged 65 and over*. Based on the 2016 Census of Canada. p. 7.

<https://chssn.org/documents/socio-demographic-profile-of-the-population-aged-65-and-over-province-of-quebec/>

¹³ Ibid., p. 7.

4,2 % des francophones du même âge. Parmi les aînés de 65 ans et plus, 15,5 % des aînés d'expression anglaise appartiennent à une minorité visible par rapport à 2,6 % de la population francophone¹⁴.

Statut socioéconomique

Bon nombre d'aînés d'expression anglaise vivent avec un faible revenu et ont un faible niveau de scolarité. L'*Enquête nationale sur la santé de la population* révèle que l'instruction et le revenu sont des variables importantes de santé et de satisfaction dans la vie parmi les aînés¹⁵. Un faible statut socioéconomique est synonyme de niveau moins élevé de littératie en matière de santé et de risque accru de problèmes sociaux et de problèmes de santé. Parmi les aînés d'expression anglaise, 32,8 % avaient un revenu annuel inférieur à 20 000 \$ en 2016. On a recensé 25 445 aînés d'expression anglaise vivant sous le seuil de faible revenu, soit 15,9 % de l'ensemble des aînés d'expression anglaise. Ce taux est plus élevé que parmi les aînés d'expression française (13,2 %). Parmi les aînés d'expression anglaise d'au moins 85 ans, le taux de pauvreté était de 18,2 %.

Quant au niveau de scolarité, 84 915 aînés d'expression anglaise ont dit avoir tout au plus un certificat d'études secondaires. Ils représentaient plus de la moitié des aînés d'expression anglaise (53,2 %). Parmi les personnes d'expression anglaise de 65 à 74 ans, 48,5 % ont dit avoir un faible niveau de scolarité, tandis que ce pourcentage était de 57,3 % pour celles de 75 à 84 ans. Pour les aînés d'au moins 85 ans, 66,8 % ont dit avoir tout au plus un certificat de fin d'études secondaires¹⁶.

Aînés vulnérables

Le *Comité sénatorial spécial sur le vieillissement* a qualifié de groupe vulnérable les aînés vivant seuls et ceux qui sont considérés comme fragiles¹⁷. La qualité de vie de la population plus âgée est étroitement liée au degré de soutien qu'elle peut recevoir des établissements publics, des organismes communautaires et de tout autre réseau officieux éventuel. L'Enquête provinciale du CHSSN sur l'accès aux services de santé et aux services sociaux (2018-2019) signale le besoin crucial exprimé par les aînés anglophones, bilingues ou unilingues, d'un accès aux services en anglais dans un vaste éventail de situations médicales¹⁸.

Parmi la population d'expression anglaise, 46 165 personnes de 65 ans et plus vivaient seules en 2016. Elles représentaient 28,9 % des aînés d'expression anglaise. Pour les anglophones de 85 ans et plus, 45,5 % d'entre eux ont dit vivre seuls en 2016¹⁹. Un grand nombre d'aînés n'ont pas les moyens de payer des services de soins privés et doivent donc recourir aux ressources publiques. Parmi les aînés d'expression anglaise de 55-64 ans qui vivent seuls, une proportion importante de 42,7 % vivaient dans la pauvreté par rapport à 32,3 % des aînés francophones du même âge dans les mêmes conditions de logement. Parmi les aînés fragiles de 85 ans et plus, 32,4 % vivaient seuls et sous le seuil de faible revenu²⁰.

¹⁴ JPocock Research Consulting pour le compte du Réseau communautaire de santé et de services sociaux (CHSSN) (2019-2020). *Socio-demographic Profile of the Population Aged 65 and over*. D'après le Recensement de 2016 du Canada. p. 17. <https://chssn.org/documents/socio-demographic-profile-of-the-population-aged-65-and-over-province-of-quebec/>

¹⁵ Roberts & Fawcett, (2001). *Personnes à risque : analyse de la santé et de l'alphabétisme chez les personnes âgées*. Statistique Canada: Ottawa. <http://www.statcan.gc.ca/pub/89f0104x/4151175-eng.htm>

¹⁶ JPocock Research Consulting pour le compte du Réseau communautaire de santé et de services sociaux (CHSSN) (2019-2020). *Socio-demographic Profile of the Population Aged 65 and over*. D'après le Recensement de 2016 du Canada. p. 33. <https://chssn.org/documents/socio-demographic-profile-of-the-population-aged-65-and-over-province-of-quebec/>

¹⁷ Comité sénatorial spécial sur le vieillissement (2009), *Le vieillissement de la population : Un phénomène à valoriser*, <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/agei/rep/AgingFinalReport-e.pdf>

¹⁸ Réseau communautaire de santé et de services (CHSSN) 2019. *Rapport de données de base 2018-2019. Partie 1 – Sondage téléphonique. L'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais au Québec*, p. 169. <https://chssn.org/pdf/CHSSN-Baseline-Data-Report-2018-2019-part-1.pdf>

¹⁹ JPocock Research Consulting pour le compte du Réseau communautaire de santé et de services sociaux (CHSSN) (2019-2020). *Socio-demographic Profile of the Population Aged 65 and over*. D'après le Recensement de 2016 du Canada. p. 22. <https://chssn.org/documents/socio-demographic-profile-of-the-population-aged-65-and-over-province-of-quebec/>

²⁰ Ibid., p. 27.

Il arrive que les aînés doivent aussi jouer le rôle de proche aidant auprès d'un membre de la famille ou d'un ami et, dans certains cas, auprès d'un enfant ou d'un adulte ayant des besoins spéciaux, y compris en santé mentale. Une enquête de Statistique Canada citée par le *Comité sénatorial spécial sur le vieillissement* signale qu'un proche aidant sur quatre avait plus de 65 ans, et qu'il s'agissait le plus souvent d'une femme²¹. Le rapport du Comité signale également la vulnérabilité croissante des aînés dans des situations où les enfants ont quitté la communauté, laissant ainsi des aînés s'occuper des aînés²².

2.2 Les enfants et les jeunes

Si l'on examine la position des enfants et des jeunes d'expression anglaise dans la perspective des déterminants clés de la santé, une proportion substantielle de ce sous-groupe et de leurs familles peut être considérée comme vulnérable sur le plan de la santé.

Les enfants de familles vulnérables

Selon le recensement de 2016, le Québec comptait 61 400 enfants d'expression anglaise de 0 à 5 ans²³. Leur répartition régionale varie grandement. Le RTS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal comptait 10 900 enfants, et celui de Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal 10 180. Ces chiffres contrastent nettement avec les 30 enfants du RTS du Bas-Saint-Laurent, et du RTS des Îles. Dans ce groupe d'âge, 20 805 (33,9 %) étaient membres d'une minorité visible. Cette proportion était plus forte que parmi la population d'expression française du même âge (16,4 %)²⁴. Les parents de mineurs vivant au sein d'un ménage monoparental étaient plus nombreux à signaler une insécurité alimentaire, et un degré élevé de détresse psychologique, et d'avoir plus d'un problème de santé par rapport aux parents dont la structure familiale était différente²⁵. En 2016, 8 825 enfants d'expression anglaise de 0 à 5 ans vivaient dans une famille monoparentale (14,4 %)²⁶. Parmi les parents seuls d'expression anglaise ayant au moins un enfant de 0 à 5 ans, 35,9 % appartenaient à une minorité visible, par rapport à 17,1 % de parents seuls d'expression française²⁷.

Quant au statut socioéconomique, 23,0 % des parents d'expression anglaise ayant au moins un enfant de 0 à 5 ans ont déclaré en 2016 que leur niveau de scolarité le plus élevé était un diplôme d'études secondaires²⁸. Parmi les parents seuls d'expression anglaise appartenant à ce groupe d'âge, 47,8 % ont déclaré que leur niveau de scolarité le plus élevé était un diplôme d'études secondaires. Ce pourcentage était plus élevé que pour les parents seuls d'expression française (38,7 %)²⁹. Le nombre d'enfants d'expression anglaise de 0 à 5 ans et vivant sous le seuil de faible revenu était de 9 395 (15,3 %), soit un pourcentage plus élevé que pour la population d'expression française (10,6 %)³⁰. Parmi les parents seuls d'expression anglaise de ce groupe d'âge, 30,5 % vivaient sous le seuil de faible revenu, taux plus élevé que chez les parents seuls d'expression française (23,6 %)³¹.

²¹ Comité sénatorial spécial sur le vieillissement (2009), *Le vieillissement de la population : Un phénomène à valoriser*. <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/agei/rep/AgingFinalReport-e.pdf>

²² Ibid., p. 117.

²³ Réseau communautaire de santé et de services sociaux (CHSSN)/Pocock, (2019). *Profil socio-démographique des enfants de 0 à 5 ans et de leurs parents. Province de Québec*. p. 8. <https://10mae22rkruy1i4j5xh07m9u-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2021/08/0-to-5-Profile-Quebec.pdf>

²⁵ Pour plus de précisions, voir Réseau communautaire de santé et de services sociaux (CHSSN)/Pocock, (2008). *Baseline Data Report 2007-2008. Quebec's Social and Health Survey Information*. <https://chssn.org/document-tag/2007-2008-health-and-social-survey-information-on-quebecs-english-speaking-communities/>

²⁶ Réseau communautaire de santé et de services sociaux (CHSSN)/Pocock, (2019). *Profil socio-démographique des enfants de 0 à 5 ans et de leurs parents. Province de Québec*. p. 15. <https://10mae22rkruy1i4j5xh07m9u-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2021/08/0-to-5-Profile-Quebec.pdf>

²⁷ Ibid., p. 26.

²⁸ Ibid., p. 31.

²⁹ Ibid., p. 31.

³⁰ Ibid., p. 16.

³¹ Ibid., p. 41.

Difficultés de développement

Selon un rapport de 2017 de l'Institut de la statistique du Québec, les élèves de maternelle dont la langue maternelle est l'anglais sont proportionnellement plus susceptibles que leurs homologues dont la langue maternelle est le français d'être vulnérables dans quatre des cinq aspects du développement pris en compte dans les tests provinciaux standard³². En fait, 16 % des enfants d'expression anglaise sont vulnérables sur le plan de la « santé physique et [du] bien-être » par rapport à environ 10 % des enfants dont la langue maternelle est le français. La proportion d'élèves de maternelle vulnérable sur le plan de la « compétence sociale » est de 14 % parmi la population d'expression anglaise, et de 10 % parmi la population d'expression française. Quant au « développement cognitif et langagier », 13 % des enfants d'expression anglaise sont dans une situation vulnérable, par rapport à 10 % des enfants d'expression française. Les résultats révèlent aussi une différence statistique marquée entre les deux groupes linguistiques au chapitre des « habiletés de communication et connaissances générales ». Dans ce domaine, la proportion d'enfants vulnérables dont la langue maternelle est l'anglais est beaucoup plus forte que parmi les enfants dont la langue maternelle est le français (21 % par rapport à 8 %)³³.

Jeunes

Selon le Recensement 2016 du Canada, 225 585 jeunes d'expression anglaise (de 15 à 29 ans) vivant au Québec représentent une part substantielle de 20,5 % de leur population linguistique minoritaire³⁴. Si l'on examine les indicateurs clés, ce groupe est vulnérable sur le plan de la santé.

Statut de minorité visible

Tandis que 29,8 % de l'ensemble des Québécois d'expression anglaise sont membres d'une minorité visible, ce taux est supérieur parmi les jeunes d'expression anglaise (35,1 %). La proportion qui appartient à une minorité visible varie beaucoup entre les régions urbaines et non urbaines. Par exemple, 53,1 % des jeunes d'expression anglaise du Nord-de-l'Île-de-Montréal et 49,8 % du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal sont membres d'une minorité visible. Tel est le cas pour seulement 1 % des jeunes de la Côte-Nord et de la Gaspésie. Tandis que 35,1 % des jeunes d'expression anglaise sont membres d'une minorité visible, le taux est de 12,6 % pour les jeunes d'expression française³⁵.

Vulnérabilité socioéconomique

Si on les compare à l'ensemble de la population d'expression anglaise, les jeunes d'expression anglaise sont plus vulnérables sur le plan socioéconomique. Parmi ce groupe, 23,6 % vivent sous le seuil de faible revenu, soit une proportion plus grande que parmi la population d'expression anglaise (17,8 %). Si l'on compare maintenant les deux groupes linguistiques, les jeunes d'expression anglaise sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté (23,6 %) par rapport à leurs homologues d'expression française (14,9 %)³⁶.

En 2016, 13,3 % des jeunes d'expression anglaise de 15 à 29 ans étaient sans emploi, par rapport à 8,9 % de la population d'expression anglaise provinciale. L'écart entre ce groupe d'âge et la moyenne provinciale était plus grand dans certaines régions. Par exemple, dans le RTS de la Gaspésie, 31,4 % des jeunes d'expression anglaise étaient sans emploi par rapport à 24,4 % de l'ensemble de la communauté d'expression anglaise. Si l'on compare les jeunes d'expression anglaise et française au

³² Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2017). *Les enfants d'expression anglaise et la vulnérabilité à la maternelle: Analyse des données de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2017*.

https://10mae22rkruy1i4j5xh07m9u-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2021/08/ISQ-EQDEM-Report_ENG-1.pdf

³³ Ibid., p. 4.

³⁴ *Profil socio-démographique des enfants de 0 à 5 ans et de leurs parents. Province de Québec*. (CHSSN)/Pocock, (2018). *Key Demographic and Socio-Economic Characteristics of Quebec's English-speaking Youth (15-29)*. <https://chssn.org/documents/key-demographic-and-socioeconomic-characteristics-of-quebecs-english-speaking-youth-15-29/>

³⁵ Ibid., p. 4.

³⁶ Ibid., p. 4.

niveau provincial, 13,3 % des anglophones étaient sans emploi, par rapport à 9,8 % de leurs homologues francophones³⁷.

Niveau de scolarité

Si l'on examine le niveau de scolarité au sein de la population d'expression anglaise, les jeunes d'expression anglaise étaient plus nombreux que les autres à indiquer un faible niveau de scolarité. Dans ce groupe, 51,6 % ont dit avoir tout au plus un certificat de fin d'études secondaires, par rapport à 40,7 % pour l'ensemble de la population d'expression anglaise. Quant à l'écart entre les jeunes d'expression anglaise et française, 62,4 % des jeunes d'expression anglaise dans le RTS de l'Estrie ont dit avoir tout au plus un diplôme d'études secondaires. Ceci contraste avec les 53 % de jeunes d'expression française qui ont le même niveau de scolarité. Dans le RTS de la Gaspésie, 64,7 % des jeunes d'expression anglaise ont dit avoir un faible niveau de scolarité par rapport à 53,5 % de leurs homologues d'expression française³⁸. Le milieu de l'éducation établit un lien entre le taux de réussite d'un élève et son statut socioéconomique et celui de sa famille. En 2020-2021, le ministère de l'Éducation du Québec a révélé que 30 % de la population des élèves de niveaux primaire et secondaire qui fréquentaient l'école étaient considérés comme défavorisés selon un indicateur socioéconomique³⁹. Pour les neuf commissions scolaires anglaises, 36 % de leurs écoles étaient considérées comme défavorisées.

2.3 Personnes souffrant de problèmes de santé mentale et leurs proches aidants

Pour reprendre les propos de Sarah Bowen sur la santé mentale, « [i]l n'existe sans doute aucun autre domaine de la santé où le diagnostic et le traitement sont aussi tributaires de la langue et de la culture⁴⁰. » Les services de soutien tels que les consultations pour l'anxiété et la dépression reposent sur une communication efficace. En outre, un ensemble substantiel et convaincant de recherches internationales démontre que la réduction des barrières linguistiques accroît la participation à des activités de prévention, favorise la demande de soins en temps voulu, réduit le risque de diagnostic erroné, améliore la compréhension et le respect du traitement par le patient, améliore le taux de succès du traitement et améliore la confiance générale envers les autorités de santé et le système de santé⁴¹. Si l'on demande quelle est l'importance de recevoir de services de santé mentale en anglais, 81,9 % des 3 133 anglophones interrogés dans l'ensemble de la province ont répondu que c'était « très important »⁴². Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont généralement plus sujettes à l'isolement social au fur et à mesure qu'elles avancent en âge, étant donné les dimensions multiples du vieillissement qui accentuent cet isolement. Dans un profil d'isolement social au Canada, il est établi qu'un manque de contacts sociaux, tant quantitatif que qualitatif (famille, amis, voisins), le fait de vivre seul et le manque de participation sociale à la vie communautaire sont des indicateurs du risque d'isolement social⁴³. Ces facteurs qui touchent les aînés d'une communauté qui souffrent de problèmes de santé mentale soulignent le besoin d'accroître le soutien de ressources communautaires visant à réduire l'isolement social et à fournir des services en anglais.

Avant la COVID-19

En 2012-2013, un échantillon de 3 171 répondants d'expression anglaise de l'ensemble du Québec, de 12 ans et plus, ont répondu à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de

³⁷ Ibid., p. 5.

³⁸ Ibid., p. 5.

³⁹ MEES. Indices de défavorisation des écoles publiques 2020-2021. www.education.gouv.qc.ca.

Les écoles situées dans des régions défavorisées se trouvent dans un milieu socioéconomique déterminé par un indicateur qui mesure le faible niveau d'instruction de la mère et le niveau d'activité des parents sur le marché du travail.

⁴⁰ Bowen, S. (2015) pour la Société Santé en Français (SSF). *Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins*. p. 21. <http://santefrancais.ca/wp-content/uploads/SSF-Bowen-S-LanguageBarriers-Study-1.pdf>

⁴¹ Ibid., p. 35-36.

⁴² Réseau communautaire de santé et de services (CHSSN) 2019. *Rapport de données de base 2018-2019. Partie 1 – Sondage téléphonique. L'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais au Québec*, p. 169. <https://chssn.org/pdf/CHSSN-Baseline-Data-Report-2018-2019-part-1.pdf>

⁴³ Final Report: A Profile of Social Isolation in Canada. Federal, Provincial, Territorial Working Group on Social Isolation (2006).

Statistique Canada en ce qui concerne leur santé mentale et psychologique⁴⁴. Selon cette Enquête, si l'on compare les communautés d'expression anglaise en situation minoritaire dans l'ensemble du Québec avec le groupe linguistique majoritaire sur leur territoire, elles sont plus sujettes à des problèmes de santé mentale et psychologique selon plusieurs indicateurs. Par exemple, dans 7 des 12 régions ayant répondu à l'Enquête, les répondants anglophones se sont dits plus susceptibles que les francophones de s'être absentés du travail en raison de problèmes chroniques de santé physique ou mentale. Dans les 7 régions ayant répondu à l'Enquête, les répondants anglophones ont dit qu'ils étaient plus portés à signaler un degré élevé de stress comme obstacle à l'amélioration de leur santé. Les répondants d'expression anglaise étaient moins portés à avoir une attitude positive envers eux-mêmes. Dans 10 des 11 régions, les anglophones étaient plus nombreux que les francophones à signaler une tendance à éprouver des sentiments d'échec. Les anglophones se classaient moins bien que les francophones dans l'échelle d'attachement de l'ESCC qui mesure la qualité des relations proches et des liens affectifs⁴⁵. De même, les anglophones se classaient moins bien que les francophones quand il s'agissait d'être habitué à un endroit où aller pour obtenir des conseils médicaux (73,7 % par rapport à 82,1 %) ⁴⁶.

Selon leur tranche d'âge, les personnes d'expression anglaise de 45-64 ans, souvent qualifiées de génération de proches aidants, ont affiché le taux le plus élevé de diagnostic d'anxiété, surtout chez les femmes comparativement aux hommes⁴⁷. Dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, les jeunes d'expression anglaise (15-24 ans) n'affichaient pas de bons résultats pour de nombreux indicateurs de santé mentale et psychologique par rapport à d'autres groupes d'âge au sein de leur communauté linguistique, ainsi que par rapport aux francophones du même âge. Les jeunes anglophones étaient moins portés à qualifier leur santé mentale d'excellente (31,3 %) par rapport aux jeunes francophones (43,5 %). Ils étaient aussi moins portés à avoir une bonne estime d'eux-mêmes (44,9 % par rapport à 53,7 %) et moins nombreux à avoir des personnes sur qui ils pouvaient compter (71,9 % par rapport à 79,8 %) ⁴⁸.

Impact de la COVID-19

Les études de l'impact psychosocial de la pandémie de COVID-19 soulignent le déclin de la santé mentale parmi les adultes vivant dans toutes les régions du Québec. La D^{re} Mélissa Généreux, conseillère auprès de la Direction de santé publique de l'Estrie et de l'INSPQ, signale que certains groupes sociaux ont été plus touchés par la pandémie que d'autres. Ces groupes à risque sont les adultes du Québec de 18-24 ans, les anglophones et les travailleurs de la santé⁴⁹. Selon la D^{re} Généreux, « [o]n découvre que 37 % des adultes de 18 à 24 ans rapportent des symptômes anxieux ou dépressifs dans les deux dernières semaines. C'est troublant de voir qu'une portion significative de nos jeunes se porte mal. Il est tout aussi marquant de constater que les personnes anglophones ont un risque deux fois plus élevé que les francophones de présenter des symptômes anxieux ou dépressifs⁵⁰. »

⁴⁴ Réseau communautaire de santé et de services sociaux (CHSSN)/Pocock, (2015a). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2011-2012). Findings related to the Mental and Emotional Health of Quebec's English-speaking Communities*, https://10mae22rkruy1i4j5xh07m9u-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2021/12/Baseline-Data-Report-2014-2015_Canadian-Community-Health-Survey-copy.pdf

⁴⁵ Ibid., p. 99.

⁴⁶ Ibid., p. 71.

⁴⁷ Réseau communautaire de santé et de services sociaux (CHSSN)/Pocock, (2015a). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2011-2012). Findings related to the Mental and Emotional Health of Quebec's English-speaking Communities*, p. 12.

https://10mae22rkruy1i4j5xh07m9u-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2021/12/Baseline-Data-Report-2014-2015_Canadian-Community-Health-Survey-copy.pdf

⁴⁸ Réseau communautaire de santé et de services sociaux (CHSSN)/Pocock, (2015a). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2011-2012). Findings related to the Mental and Emotional Health of Quebec's English-speaking Communities*, p. 11, 122 et 106. https://10mae22rkruy1i4j5xh07m9u-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2021/12/Baseline-Data-Report-2014-2015_Canadian-Community-Health-Survey-copy.pdf

⁴⁹ *Actualités*, Université de Sherbrooke, <https://www.usherbrooke.ca/actualites/relations-medias/communiqués/2020/septembre/communiqués-détail/c/43547/>

⁵⁰ *Actualités*, Université de Sherbrooke, <https://www.usherbrooke.ca/actualites/relations-medias/communiqués/2020/septembre/communiqués-détail/c/43547/>

Cette tendance a été révélée par un sondage auprès des hommes et pères d'expression anglaise sur l'impact de la pandémie⁵¹. Ce groupe était plus susceptible que ses homologues d'expression française d'avoir ressenti les effets négatifs de la COVID-19 sur leur vie quotidienne (74 % par rapport à 66 %), sur leur solidité financière (27 % par rapport à 21 %) ; ils étaient aussi plus portés à signaler une grande détresse psychologique (22 % par rapport à 12 %)⁵². Pour le sous-groupe de pères d'expression anglaise, le taux de détresse psychologique signalée était très élevé (30 % par rapport à 13 %).

Alors que la recherche commence à révéler l'ampleur des effets de la COVID-19 sur les communautés d'expression anglaise, il semble tout à fait prioritaire d'aplanir les obstacles qui entravent l'accès aux programmes de santé mentale, notamment la prévention et le traitement.

⁵¹ Jacques Roy. *Portrait des hommes et des pères de la communauté d'expression anglaise au Québec et de leur rapport aux services*. Pôle d'expertise et de recherche en santé et bien-être des hommes (CIUSSS de la Capitale-Nationale). Janvier 2022.

⁵² Ces données sont extraites d'une Enquête SOM réalisée en 2021 auprès de 2 740 hommes au Québec, dont 392 étaient d'expression anglaise.

3. Perspectives communautaires sur l'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais

Le CHSSN a parrainé depuis 2005 quatre enquêtes CROP auprès des communautés d'expression anglaise pour connaître leurs perspectives sur l'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais. Ces enquêtes révèlent l'importance que les communautés accordent à la langue de communication lors de la prestation de services. Comprendre le contexte plus large de l'accès aux services de santé publique et aux services sociaux pour les populations tant anglophones que francophones constitue une première étape utile pour se pencher sur ces questions d'accès plus précisément liées à l'aspect linguistique. De même, une enquête sur l'expérience linguistique des populations d'expression anglaise au sein du système de santé permet de mieux informer les communautés et leurs partenaires publics qui tentent de cibler leurs interventions aux fins d'améliorer l'accès aux services. Un examen des tendances de l'accès qui se sont manifestées au fil des quatorze dernières années facilite également la découverte de nouvelles stratégies qui permettront d'améliorer l'accès aux services en anglais.

3.1 Langue et accès : l'importance de la communication

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a affirmé l'importance de la langue dans la prestation de services de santé et de services sociaux de qualité. Dans son guide d'élaboration de programmes d'accès homologués par le gouvernement, il considère une communication efficace comme nécessaire si l'on veut s'assurer que les personnes d'expression anglaise comprennent les services qui leur sont offerts. Une communication limpide est considérée comme cruciale si l'on veut garantir des services de qualité qui soient offerts en toute sécurité⁵³. Le soutien d'une communication efficace avec les personnes d'expression anglaise « assure l'exactitude des informations échangées, le consentement éclairé et le respect de la confidentialité en tout temps⁵⁴. »

Ce guide cite des publications scientifiques qui illustrent comment les barrières linguistiques compromettent l'accessibilité et la qualité des services. Il s'agit entre autres d'erreurs de médicaments, de diagnostic erroné, ou encore de visites moins fréquentes et moins longues à la clinique⁵⁵. Outre les facteurs de sécurité liés à une mauvaise communication, les barrières linguistiques sont source de difficultés pour les personnes d'expression anglaise qui naviguent dans le réseau de la santé et des services sociaux. Pour les prestataires de services, les problèmes de communication font parfois en sorte que les services ne sont pas fournis selon la même norme qu'à d'autres personnes, ou que le consentement éclairé du traitement n'est pas bien assuré.

Les commentaires suivants de membres des communautés d'expression anglaise sur leurs expériences du système de santé en français font ressortir les problèmes de langue et de communication efficace. Ces commentaires sont tirés d'une série de groupes d'étude menés en 2019 par le CHSSN dans le Saguenay, l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord, Chaudière-Appalaches, le Centre-du-Québec, les Îles-de-la-Madeleine et le Bas-Saint-Laurent⁵⁶.

Difficultés de communication

Les participants des groupes d'étude mentionnent qu'ils s'efforcent de comprendre le français afin de communiquer avec les prestataires de soins. Ils exhortent les professionnels de la santé à prendre le temps d'écouter et de comprendre une personne qui s'efforce de communiquer en français, et demandent au personnel de ralentir son débit quand il parle français pour permettre au patient de comprendre du premier coup.

« Ils ne comprennent pas notre accent anglais quand nous parlons français. »

⁵³ MSSS. *Guide pour l'élaboration de programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise, cadre de référence*. Avril 2018.

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ CHSSN. *L'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais au Québec, Rapport de données de base 2018-2019*. Partie 2 (groupes d'étude). 2019.

« Ils (les professionnels de la santé) se dépêchent de dire ce qu'ils ont à dire plutôt que de prendre le temps de s'assurer qu'ils ont été bien compris du premier coup pour ne pas devoir poser de nouveau la question. »

En général, les participants disent avoir besoin d'aide pour communiquer avec les professionnels de la santé et font souvent appel à leur famille et leurs amis.

« Quand ils vont consulter un spécialiste, les gens se font accompagner de leurs enfants ou amis, faute de quoi ils ont parfois l'impression d'être laissés pour compte. »

« Je parle assez bien pour prendre des rendez-vous. Je vérifie des mots dans un dictionnaire ou je demande aux membres de ma famille qui sont bilingues de m'aider. »

«... Comme je ne peux pas prendre de rendez-vous moi-même, je demande habituellement à un de mes amis (bilingues) d'appeler à ma place ou de m'accompagner à mes rendez-vous. »

« C'est difficile quand le patient ne comprend pas et que la personne qui l'accompagne doit interrompre la conversation pour lui expliquer en anglais, puis reprendre le dialogue. »

Langue et stress

En général, les participants croient que le stress causé par les interventions dans leur langue seconde a un effet néfaste sur leur santé. Il s'agit entre autres d'interpréter des formulaires en français avant une intervention médicale, de tenter de comprendre l'information médicale telle que les diagnostics, ou d'avoir affaire avec des professionnels en français à divers niveaux du système de santé.

« Un sentiment de panique s'installe. Sur les formulaires, il n'est pas indiqué clairement s'il faut être à jeun ou manger avant un examen ou une prise de sang. »

« Si on vous appelle pour des résultats de vos examens, ils sont généralement donnés en français, ce qui crée un malaise et un stress, parce que vous n'êtes pas sûr d'avoir bien compris. En général, vous devez demander à un ami ou à un membre de votre famille de vous accompagner, ou demander qu'on vous rappelle lorsque vous aurez à vos côtés quelqu'un qui parle français. »

« Les services de santé sont source de stress de toute façon ; la difficulté linguistique empire encore les choses pour les aînés. Savoir ce qui se passe est donc source de paix de l'esprit... surtout quand il s'agit de résultats. »

« C'est stressant dans une autre langue, surtout lorsqu'il s'agit de problèmes de santé mentale. »

« Je suis très stressé quand j'ai besoin d'information et que je ne sais ni où ni auprès de qui me renseigner. »

« La crainte de ne pas comprendre une information médicale importante lors d'une visite chez le médecin ou à l'hôpital crée un stress. »

« Lorsque je peux m'exprimer en anglais, mon anxiété diminue. »

Réticence à recourir au système de santé

Les participants des groupes d'étude ont signalé que les difficultés de communication que comporte la prestation de services en français, ainsi que le manque d'accès à des services en anglais peuvent rendre les gens réticents à recourir au système de santé, avec les conséquences que cela peut entraîner pour leur santé. Les participants ont ajouté que certaines personnes renoncent à recevoir des services en anglais si elles se sont heurtées à des problèmes dans le passé, et ne demandent plus d'aide par la suite.

« ... les gens hésitent à demander (le service en anglais). » « Je ne veux pas faire une scène ou me ridiculiser. » « Vous hésitez à appeler l'urgence ou à vous y rendre. »

« Nous avons absolument besoin de services en anglais pour comprendre et recevoir des explications claires. Certains résidents n'iront pas demander des soins en raison de la barrière linguistique. »

« Demander de l'aide ou de l'information au téléphone me stresse. Je vais m'en passer (si ce n'est pas en anglais). »

« Je connais un célibataire âgé de notre communauté qui ne demande pas de soins médicaux pour sa perte d'audition parce qu'il ne peut pas communiquer en français. »

« Si je ne peux obtenir de l'aide en anglais, je vais tout simplement éviter le système. »

«... parce que vous n'êtes pas enclin à demander (le service en anglais), en général, vous attendez tout simplement que ça passe (un problème de santé) parce que c'est trop difficile. »

« J'hésite à demander de l'aide parce qu'il est difficile d'obtenir des services en anglais, et je ne le ferai que si j'en ai vraiment besoin. »

Information et consentement

Les participants du groupe d'étude ont fait remarquer que l'absence de documentation en anglais dans les hôpitaux ou les cliniques, surtout les formulaires de consentement général ou concernant une intervention, empêche de bien comprendre les interventions ou les obligations du patient.

« Après la consultation d'un médecin, les formulaires et documents sont en français. Si nous recevons un appel téléphonique de l'hôpital, nous avons du mal à en comprendre l'objet. La correspondance n'est rédigée qu'en français. »

« Les admissions, c'est toujours difficile en anglais... Il arrive souvent que nous devons signer des documents qui ne sont pas en anglais, et il est difficile de réussir à prendre un rendez-vous au téléphone en anglais. »

« Vous ne savez pas très bien à quoi vous consentez. On vous dit que si vous ne signez pas, il n'y aura pas d'opération. Choix difficile ! »

Dans son cadre provincial d'élaboration de programmes d'accès, le MSSS a affirmé l'importance du lien entre l'efficacité de la communication et le succès d'une intervention clinique. Il reconnaît que la langue de l'utilisateur est un outil indispensable au succès de toute intervention clinique, que toute personne d'expression anglaise a besoin comme tout le monde d'être écoutée et de communiquer, et que, lorsque la santé ou le bien-être d'une personne est en jeu, savoir parler anglais peut devenir un besoin, voire une nécessité⁵⁷.

3.2 Accès général aux services de santé: Attitude des usagers d'expression française et anglaise

Pour situer le contexte plus général de l'expérience des usagers d'expression anglaise et française dans le système de santé, le portrait suivant décrit l'accès aux médecins de famille, aux spécialistes, et les interventions médicales pour les deux groupes linguistiques. Les données d'une enquête provinciale CHSSN-CROP auprès de plus de 3 000 répondants d'expression anglaise et de 1 000 répondants d'expression française en 2019 révèlent l'attitude des deux groupes face à l'accès, surtout en ce qui concerne les délais d'attente pour diverses interventions médicales. Ce portrait général situe le contexte

⁵⁷ MSSS. *Guide pour l'élaboration de programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise, cadre de référence*. Avril 2018.

important dans lequel étudier l'expérience des personnes d'expression anglaise en matière d'accès à ces services, entre autres soins de santé et services sociaux en anglais⁵⁸.

Il importe de noter que les données de cette Enquête sont antérieures à la pandémie, et qu'une nouvelle enquête dans le contexte actuel du système de santé produirait peut-être des résultats différents. De même, les données sont surtout présentées à l'échelle provinciale et exigeront une consultation du Rapport de données de base du CHSSN pour examiner les portraits régionaux.

L'accès à un médecin de famille

On a demandé aux répondants de l'Enquête s'ils avaient un médecin de famille. Plus de 80 % des membres des deux groupes linguistiques ont répondu oui, les personnes d'expression anglaise à raison de 82,6 %, et les personnes d'expression française 81,9 %. Les deux groupes linguistiques comportent des régions où le pourcentage de personnes qui ont un médecin de famille est nettement inférieur à la moyenne provinciale. Seules 54,2 % des personnes d'expression anglaise de Montérégie-Est, et 60,9 % des personnes d'expression française du Nord-de-l'Île-de-Montréal ont dit avoir un médecin de famille.

Aux personnes ayant un médecin de famille, l'Enquête demandait quel était le délai d'attente pour un rendez-vous si elles avaient besoin d'une consultation immédiate pour un problème de santé mineur. Pour un rendez-vous le jour même ou le lendemain, les deux groupes linguistiques se situaient dans la même fourchette de 24,5 % des personnes d'expression anglaise, et de 27,4 % des personnes d'expression française ayant été traitées à l'intérieur de ce délai. Quant au délai signalé par le reste des répondants, il s'échelonnait de deux jours à un mois, voire plus. Tandis que 54,5 % des personnes d'expression anglaise ont vu leur médecin dans un délai de deux jours à deux semaines, il en allait de même pour 47,5 % des personnes d'expression française. On a demandé aux répondants de décrire le délai d'attente pour leur rendez-vous avec leur médecin de famille. Ce délai a été qualifié de bon ou d'excellent pour 79,3 % des personnes d'expression anglaise et pour 76,3 % pour les personnes d'expression française. Dans trois régions, un répondant sur cinq a attendu au moins un mois pour voir son médecin de famille : la Capitale-Nationale pour les personnes d'expression anglaise, et le Nord et l'Est-de-l'Île-de-Montréal pour les personnes d'expression française.

Aiguillage vers un médecin spécialiste

Plus de 40% des deux groupes linguistiques ont été aiguillés par un médecin vers un médecin spécialiste. On a demandé aux répondants combien de temps ils avaient attendu leur rendez-vous entre le moment où on les avait ainsi aiguillés jusqu'à la date de la consultation chez le médecin spécialiste. Une attente d'un mois ou moins correspondait à peu près au même pourcentage chez les répondants d'expression anglaise et française (38,9 % et 37 % respectivement). Le pourcentage des deux groupes qui ont attendu leur rendez-vous plus de cinq mois était également semblable (16,1 % pour les répondants d'expression anglaise, et 18 % pour les répondants d'expression française). On a demandé aux répondants comment qualifier le délai d'attente pour leur rendez-vous. Pour les répondants d'expression anglaise, 65,6 % d'entre eux l'ont qualifié de bon ou d'excellent, comparativement à 66 % des répondants d'expression française.

Répondants ayant fait l'objet d'une intervention médicale

Environ un quart des répondants des deux groupes linguistiques ont dit qu'eux-mêmes (ou une personne qu'ils aident) avait subi une intervention médicale dans un hôpital au cours des douze mois précédant l'Enquête. À partir du moment où la personne a su qu'elle avait besoin d'une intervention médicale jusqu'au moment de cette intervention, 45,8 % des personnes d'expression anglaise et 46,4 % des personnes d'expression française ont dit avoir attendu jusqu'à un mois. Pour les interventions faites plus de trois mois après l'aiguillage, 22,4 % des répondants d'expression anglaise et 30,3 % des répondants d'expression française ont dit que c'était ce qui s'était passé dans leur cas.

⁵⁸ CHSSN. *L'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais au Québec. Rapport de données de base 2018-2019. Partie 1 – Sondage téléphonique.* 2019.

Les attitudes face aux délais d'attente étaient à peu près les mêmes dans les deux groupes linguistiques, à raison de 74,7 % des répondants d'expression anglaise et de 72,7 % des répondants d'expression française, qui ont qualifié ces délais de bons ou d'excellents. Malgré leur attitude face aux délais d'attente, 34,5 % des répondants d'expression anglaise et 24,9 % des répondants d'expression française étaient assez ou tout à fait d'accord pour dire que les délais d'attente nuisaient au traitement et au rétablissement du patient.

Plus de 80 % des répondants des deux groupes ayant subi une intervention médicale avaient besoin d'un suivi. Les répondants d'expression anglaise (34,5 %) ont attendu moins de deux semaines pour ce suivi, comparativement à 43,5 % chez les répondants d'expression française. Quant aux attentes d'au moins un mois, ce fut le cas pour 34,1 % des répondants d'expression anglaise, et de 24,5 % pour les répondants d'expression française. L'attitude face au délai d'attente était assez semblable pour les deux groupes, à raison de 81,4 % des répondants d'expression anglaise et de 88,9 % des répondants d'expression française qui ont qualifié leur délai d'attente de bon ou d'excellent.

L'Enquête CHSSN-CROP révèle que les attitudes des personnes d'expression anglaise et française face à la performance du système de santé sont généralement assez semblables. Les attitudes positives face à l'accès aux médecins, aux spécialistes et aux interventions médicales indiquent un degré de confiance envers le système qui semble le même dans les deux groupes. Toutefois, les réponses négatives des deux groupes linguistiques révèlent certains problèmes de performance du système de santé qui touchent l'ensemble de la population.

Dans ce contexte, la langue vient s'ajouter aux difficultés d'accès et de communication. Le portrait suivant décrit l'expérience des personnes d'expression anglaise qui ont accès aux points d'entrée clés du système de santé et de services sociaux.

3.3 L'accès aux services en anglais: points d'entrée clés du système de santé et de services sociaux

Dans l'Enquête CHSSN-CROP de 2019, plus de 3 000 personnes d'expression anglaise issues de plusieurs régions administratives ont été interrogées sur leur expérience d'accès aux services en anglais par la voie de cinq points d'entrée du système de santé et de services sociaux⁵⁹. Les répondants ont précisé s'ils avaient reçu les services en anglais, si on le leur avait proposé ou s'ils avaient dû le demander, et dans quelle mesure il était important de recevoir les services en anglais et si l'information leur avait été fournie dans leur langue.

Demande de services en anglais

Demander des services en anglais peut constituer une étape clé quand il s'agit d'établir la langue de communication dès le départ, et de déterminer la réponse du système. Quand on a demandé aux répondants s'ils se sentaient à l'aise de demander un service en anglais dans un établissement public de santé et de services sociaux, plus des trois quarts ont dit oui, tandis qu'un cinquième a dit non. Seulement 4,9 % d'entre eux ne considéraient pas important de le demander. Le malaise suscité par la demande de services en anglais était plus fort dans certaines régions, notamment l'Estrie (36,2 %), Lanaudière (50 %) et Laval (34,9 %).

Quelles sont les raisons de ce malaise quand il s'agit de demander des services en anglais ? Certains étaient trop gênés ou timides pour demander (23,2 %). D'autres craignaient d'essuyer un refus (23,4 %). D'autres encore pensaient que cette demande alourdirait la tâche du personnel (30,4 %). Enfin, d'autres encore craignaient un retard dans l'obtention du service (25,7 %). Les répondants de sexe féminin (28,6 %) étaient plus nombreuses que les hommes (17 %) à se sentir gênées ou intimidées, et à avoir l'impression que la demande alourdirait la tâche du personnel (34,1 % par rapport à 26,1 %). Quant au malaise suscité par la

⁵⁹ CHSSN. *L'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais au Québec. Rapport de données de base 2018-2019. Partie 1 – Sondage téléphonique.* 2019.

demande de services en anglais, les hommes étaient plus portés que les femmes à craindre un retard dans l'obtention du service (31,7 % par rapport à 20,5 %).

Recours à de l'aide pour communiquer avec le personnel

Plus d'un répondant sur dix a eu besoin de l'aide de quelqu'un d'autre pour communiquer avec le personnel dans un contexte public de services de santé et de services sociaux. Ce taux était beaucoup plus élevé dans l'Outaouais (22,8 %) et la Montérégie-Est (40,8 %). Les femmes étaient plus portées que les hommes à demander de l'aide (13,1 % par rapport à 8,6 %) et les personnes unilingues (23,1 %) étaient plus portées que leurs homologues bilingues à être accompagnées (7,8 %). La plupart des personnes qui les aidaient dans les communications étaient des membres de la famille (53,5 %) ou des amis (22,8 %).

Recours à un médecin dans une clinique ou un cabinet privé

Plus de 40 % des répondants recouraient aux services d'un médecin dans une clinique ou un cabinet privé au cours de l'année précédant l'Enquête, à raison de 80,5 % qui les recevaient en anglais. L'écart d'une région à l'autre était considérable, soit 30,4 % signalant l'existence d'un service en anglais dans la Montérégie-Est, 23,4 % dans Lanaudière et 12,6 % dans la Capitale-Nationale. Pour la proportion de presque 20 % de répondants qui n'ont pas reçu les services en anglais, 22,9 % avaient demandé de recevoir les services en anglais, ce à quoi 34,9 % accordaient de l'importance.

Recours à un CLSC

Environ un tiers des répondants recouraient aux services d'un CLSC pour eux-mêmes ou au nom d'une autre personne au cours de l'année précédant immédiatement l'enquête. Un peu plus de la moitié (54,7 %) ont reçu les services en anglais, avec des écarts marqués entre les régions (plus de 75 % dans le centre et l'ouest de Montréal, tandis que ce chiffre était inférieur à 45 % dans huit autres régions). Parmi ceux qui avaient reçu les services en anglais, 68,1 % les avaient reçus directement dans leur langue, tandis que 29,6 % avaient dû leur demander. Près de 80 % de ces deux groupes considéraient comme très important de recevoir les services en anglais. Parmi ceux qui n'avaient pas reçu les services en anglais, 76,8 % ne l'avaient pas demandé. Un peu plus d'un tiers d'entre eux considéraient comme très important de recevoir les services en anglais, tandis que les autres trouvaient acceptable de recevoir les services en français.

Une fois inscrits au CLSC, les répondants ont relaté leur expérience avec les réceptionnistes, les professionnels et les documents. Un peu moins de la moitié des réceptionnistes parlaient anglais au cours des premières rencontres, avec de fortes variations dans les régions. Dans la Montérégie-Est et à Laval, le taux était de 13,9 % et 13,8 %, mais de 30 % ou moins dans les régions de la Montérégie-Centre, du Nord-de-l'Île-de-Montréal et de la Capitale-Nationale.

Dans l'ensemble, 66 % des professionnels de la santé et des services sociaux qui fournissaient des services le faisaient en anglais. Plus de 80 % des répondants considéraient comme assez ou très important de recevoir des services dans leur langue. En ce qui concerne les formulaires d'information, ou les formulaires demandant aux usagers de fournir de l'information sur leur état de santé, 51,8 % des répondants dans 12 régions ont déclaré que ces documents leur avaient été fournis en anglais.

Recours à Info-Santé

Un répondant sur cinq a recouru à Info-Santé, à raison de 59 % qui ont été servis en anglais. Tandis que 56 % des membres de ce groupe ont été servis directement en anglais, 39,7 % ont dû le demander. Parmi ceux qui ont reçu les services en anglais, 88,4 % considéraient très important de recevoir le service dans leur langue. Parmi ceux qui n'ont pas reçu les services en anglais, 28,2 % ont demandé de recevoir le service dans leur langue, et 28,3 % considéraient très important de recevoir le service en anglais. Le reste du groupe considérait acceptable de recevoir le service en français.

Salles d'urgence de l'hôpital et cliniques externes

Un nombre important de répondants (40 %) avaient recouru aux services d'urgence d'un hôpital ou d'une clinique externe, soit pour eux-mêmes, soit pour aider quelqu'un au cours de l'année précédant l'Enquête. Près de 70 % ont reçu les services en anglais, avec de grands écarts entre les régions. Tandis que le centre et l'ouest de Montréal affichaient une forte proportion d'usagers qui avaient reçu les services en anglais, ce fut le cas pour moins de 40 % des usagers des régions de la Capitale-Nationale, de Lanaudière et de l'Estrie. Pour les répondants qui avaient reçu les services en anglais, 80,1 % les avaient reçus directement dans leur langue, tandis que 82 % y accordaient une très grande importance. Environ un quart de ceux qui n'avaient pas reçu les services en anglais avaient demandé à recevoir les services dans leur langue. Un peu plus de 40 % y accordaient une grande importance.

Une fois que les répondants étaient dans la salle d'urgence de l'hôpital ou dans la clinique externe, ils ont décrit leur expérience avec le personnel de l'admission, des médecins ou d'autres professionnels de la santé, et avec les formulaires. Dans les six régions, moins de 50 % des usagers ont été reçus en anglais par le personnel de l'admission (Capitale-Nationale, Estrie, Nord-de-l'Île-de-Montreal, Est-de-l'Île-de-Montréal, Laval et Lanaudière). Le pourcentage était plus élevé (plus de 80 %) dans les trois sous-régions de Montréal englobant le centre-sud, le centre-ouest et l'ouest de l'Île. Le pourcentage de médecins ou de professionnels de la santé ayant fourni les services en anglais (78,4 %) était plus élevé que parmi le personnel de l'admission.

On a demandé aux répondants si les formulaires qu'ils devaient remplir ou d'autres formulaires d'information qui leur avaient été remis l'avaient été en anglais. Un peu plus de 60 % d'entre eux ont répondu oui, avec des variations importantes parmi les régions. Moins de 30 % des répondants de trois régions ont reçu des formulaires en anglais (Capitale-Nationale, Estrie et Est-de-l'Île-de-Montreal).

Séjour de plus de 24 heures à l'hôpital

Parmi ceux qui ont dû séjourner au moins 24 heures à l'hôpital, 67,9 % ont reçu les services en anglais. Cette situation était moins fréquente dans la Capitale-Nationale (21,6 %), Laval (38,1 %) and l'Est-de-l'Île-de-Montréal (55,6 %). Dans l'ensemble, 80,1 % des patients ont reçu les services directement en anglais, et 87,3 % accordaient une grande importance au fait d'être traités dans leur langue. Parmi le quart des patients qui n'avaient pas reçu les services en anglais, un peu moins de la moitié accordaient une grande importance au fait d'être traités en anglais, tandis que les autres considéraient acceptable de recevoir les services en français.

Le personnel de l'admission a accueilli en anglais 66,2 % des patients qui se présentaient, ce pourcentage étant à peine supérieur à 50 % à Laval. Le personnel infirmier a fourni les services en anglais à 71,7 % des personnes admises dans huit régions, ce pourcentage étant nettement inférieur à Laval (38 %) et dans l'Est-de-l'Île-de-Montréal (40,8 %). Dans les neuf régions faisant mention de la langue employée par les médecins, 80,4 % des patients ont reçu les services en anglais, ce pourcentage n'étant que de 45,8 % pour les patients de Laval, et de 32,3 % pour les patients de la Capitale-Nationale. Les techniciens médicaux se sont adressés en anglais à 71,1 % des répondants de l'Enquête dans neuf régions, Laval et la Capitale-Nationale correspondant aux pourcentages les plus faibles (36,6 % et 5,8 % respectivement).

Les répondants de neuf régions ont relaté leur expérience des formulaires de consentement. Dans 58,5 % des cas, les formulaires de consentement ont été fournis en anglais. Un peu plus de 30 % des répondants unilingues ont reçu les formulaires de consentement en français. Cette situation était semblable pour des renseignements autres que les formulaires de consentement, à raison de 54,4 % des répondants qui avaient fourni des documents écrits en anglais. Ces renseignements comprenaient les instructions avant et après une intervention (58,8 % fournis en anglais). Quant aux instructions reçues en anglais lors de leur congé, 62,7 % des répondants ont dit que c'était le cas.

Information sur les services fournis par des établissements de santé et de services sociaux

On a demandé aux répondants de sept régions si, au cours des deux années précédant l'Enquête, ils avaient reçu de l'information sur les services fournis en anglais par les établissements publics de santé et de services sociaux dans leur région. Environ 17 % ont répondu par l'affirmative. Quant à la source de cette information, 43,6 % de ce groupe a dit l'avoir reçue d'un établissement public, 25,9 % d'un organisme communautaire, 20,2 % d'un journal et 16,2 % d'une école. À titre de comparaison, 63,4 % des répondants d'expression française ont dit avoir reçu l'information sur les services de santé et les services sociaux d'un établissement public, et 30,5 % d'un journal.

Quant à l'information concernant les programmes publics de promotion et de prévention de la santé, 14,1 % des répondants de 15 régions ont dit avoir reçu cette information en anglais. Près de 20 % ont dit l'avoir reçu d'un organisme communautaire, et 24,6 % d'une école.

3.4 L'accès aux services en anglais au fil du temps: tendances à prendre en compte

En 2020, le CHSSN a publié un rapport exposant les résultats de quatre enquêtes CHSSN-CROP menées auprès de la population d'expression anglaise entre 2005 et 2019⁶⁰. Ces données offrent une perspective des tendances concernant l'accès aux services en anglais au cours de ces quatorze années, et viennent compléter les portraits plus détaillés présentés dans chaque enquête.

Des tendances clés se dégagent sur les aspects suivants : taux d'utilisation de quatre points d'entrée dans le système de santé et de services sociaux, importance de ces services en anglais, différences entre les répondants bilingues et unilingues quant à l'importance de recevoir les services dans sa langue.

Le taux de recours aux services d'un CLSC par les répondants d'expression anglaise est à la baisse, à raison de 46,9 % qui recouraient à ce service en 2005 et de 34,8 % en 2019. Il faut signaler que le taux de recours en 2019 est comparable à celui des répondants d'expression française sondés au cours de cette même année (36,2 %). Les données révèlent également une baisse en 2019⁶¹. Toutefois, si l'on examine l'expérience des répondants unilingues d'expression anglaise par rapport à leurs homologues bilingues, 94,2 % des répondants unilingues ont reçu les services en anglais en 2005, et un peu moins en 2019, soit 87,6 %. Ce groupe est demeuré nombreux à considérer comme très important de recevoir les services du CLSC en anglais (96,2 % en 2005, et 93,5 % en 2019). Quant aux répondants bilingues d'expression anglaise, 56,2 % avaient reçu les services en anglais en 2005, par rapport à 47,2 % en 2019. De même, 58,1 % en 2005 considéraient très important de recevoir les services du CLSC en anglais, par rapport à 51,9 % en 2019.

Une proportion uniformément forte de répondants unilingues qui ont recouru à Info-Santé ont reçu le service en anglais (89,3 % en 2005, 91 % en 2019). Ce groupe considérait comme très important de recevoir les services en anglais (94,7 % en 2005, 99,3 % en 2019). Quant à leurs homologues bilingues qui ont reçu les services en anglais, leur pourcentage a légèrement baissé de 2005 à 2019 (55,7 % à 47,5 %). De même, 64,4 % d'entre eux accordaient une grande importance au service en anglais, mais ce chiffre est passé à 54,7 % en 2019.

Le pourcentage de répondants recourant aux services d'urgence à l'hôpital ou à une clinique externe a régressé entre 2005 et 2019 (49,8 % à 39,9 %). Toutefois, la proportion de ceux qui ont reçu les services en anglais est demeuré stable au cours de ces 14 années (73,3 % en 2005, 71,5 % en 2019). Ce fut également le cas pour les personnes unilingues d'expression anglaise qui ont reçu les services en anglais (92,6 % en 2005, 92 % en 2019). Le nombre de ceux qui considéraient comme très important de recevoir les services en anglais a augmenté légèrement pendant cette période (93 % en 2005, 97,7 % en 2019). Pour leurs homologues bilingues, le nombre de ceux qui ont reçu les services en anglais a légèrement baissé (67,7 %

⁶⁰ CHSSN. *Rapport de données de base 2019-2020. Rapport de la série temporelle : Enquêtes 2005-2019 CHSSN-CROP. L'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais au Québec, Profil provincial. 2020.*

⁶¹ Dans les données présentées dans le *Rapport de données de base 2019* et dans la *Série temporelle*, il se peut que les pourcentages fassent l'objet de certaines variations. Ceci s'explique par les ajustements du traitement des données qui se sont imposés dans la *Série temporelle* pour assurer la comparabilité des données des quatre enquêtes CHSSN-CROP.

en 2005, 65 % en 2019). La même tendance se manifeste quant à l'importance accordée à la prestation des services en anglais (69,2 % en 2005, 65 % en 2019).

Le pourcentage de répondants de l'Enquête qui ont eu besoin de passer au moins 24 heures à l'hôpital a régressé entre 2005 et 2019 (22 % en 2005, 16 % en 2019). La proportion de ceux qui ont reçu les services en anglais est demeurée stable au cours de cette période (88,7 % en 2005, 87,7 % en 2019), tandis que le pourcentage de ceux qui recevaient les services en anglais est demeuré stable au cours de cette période (88,7 % en 2005, 87,7 % en 2019), tandis que le pourcentage qui accordait une grande importance à la prestation de services en anglais a légèrement augmenté (95,7 % en 2005, 97,6 % en 2019). Le pourcentage de répondants bilingues qui ont reçu les services en anglais a baissé de 75,8 % à 64,9 % ; et la proportion de ceux qui accordaient une grande importance à la prestation de services en anglais a régressé de 74,5 % à 66,2 %.

La *Série temporelle* du CHSSN indique une baisse au cours de ces 14 années du nombre de répondants ayant reçu de l'information sur les services en anglais fournis par un établissement public de santé et de services sociaux⁶². Tandis que 27 % des répondants avaient en 2005 dit avoir reçu de l'information sur les services en anglais, ils n'étaient plus que 15,5 % à répondre de la même façon en 2019. De même, la proportion de répondants ayant reçu de l'information sur la prévention et la promotion de la santé en anglais est passée de 20,9 % en 2005 à 12,4 % en 2019.

3.5 Ce que les enquêtes révèlent sur l'accès

Au sein des groupes d'étude, les membres des communautés d'expression anglaise ont mentionné les problèmes de langue et de communication dans des situations concernant le français. Les difficultés de communication qui ont été rapportées ont souligné l'importance de la langue pour la prestation de services de qualité, comme le mentionne le guide de développement des programmes d'accès aux services en anglais du MSSS.

En ce qui concerne le recours à certains services de santé, le taux d'accès aux médecins, aux spécialistes et aux interventions médicales était à peu près le même pour les répondants d'expression anglaise et française. Il n'y avait aucune différence notable dans leurs attitudes face à la durée de l'attente pour ces services, qui semblaient plus positives que négatives. De même, un pourcentage important des deux groupes ont convenu que les délais d'attente nuisaient au traitement et au rétablissement du patient. À ce contexte d'expérience commune vient s'ajouter la dimension de la langue et de l'accès aux services en anglais.

L'Enquête CHSSN-CROP de 2019 nous fournit des précisions sur l'accès linguistique à cinq points d'entrée du système de santé et de services sociaux, qui nous permettent de faire certaines observations d'ordre général. Elles nous permettent également de mieux comprendre dans quelle mesure les personnes d'expression anglaise sont à l'aise pour demander des services en anglais, ainsi que les raisons majeures de leur malaise. Nous constatons ainsi la proportion des personnes qui n'ont pas reçu les services en anglais et leur perception de cette situation. Nous voyons aussi dans quelle mesure ces services ont été offerts directement en anglais de manière spontanée, et combien d'utilisateurs ont dû demander de recevoir les services dans leur langue. Les variations d'une région à l'autre dans la prestation des services en anglais sont manifestes si l'on observe l'expérience des communautés avec les médecins, les CLSC et les hôpitaux. Les différences d'accès le sont tout autant d'une région à l'autre et, dans le cas de Montréal, entre les sous-régions. Nous constatons des difficultés au chapitre de l'information en anglais et des formulaires de consentement en contexte hospitalier. Cette Enquête pourrait éclairer un examen de la proportion d'information reçue en anglais sur les services en anglais par les communautés selon la région.

⁶² Il y a une légère variation de pourcentage entre les données présentées dans le *Rapport de données de base 2019* et la *Série temporelle*. Ceci s'explique par les ajustements du traitement des données qui se sont imposés dans la *Série temporelle* pour assurer la comparabilité des données des quatre enquêtes CHSSN-CROP. Toutefois, les données corroborent la même tendance à la baisse dans la proportion des répondants des enquêtes qui avaient reçu de l'information sur les services en anglais et des programmes de prévention et de promotion de la santé dans leur langue.

La *Série temporelle* offre une perspective plus large si l'on observe les tendances de l'accès au cours de 14 ans. Nous observons une baisse du recours aux CLSC et aux hôpitaux par les personnes d'expression anglaise au cours de cette période. Toutefois, nous constatons que la proportion de celles qui ont reçu les services en anglais en faisant appel à Info-Santé, à l'urgence de l'hôpital et aux cliniques externes, ou qui ont eu besoin de séjourner plus de 24 heures à l'hôpital est demeurée relativement stable. En ce qui concerne les services en anglais, les répondants unilingues de l'Enquête ont uniformément signalé un taux plus élevé que leurs homologues bilingues. Ces tendances incitent à pousser plus loin les recherches sur le taux de recours aux établissements publics par les personnes d'expression anglaise. Malgré une légère baisse dans le taux de certains services en anglais, les répondants, surtout unilingues d'expression anglaise, affirment la performance relativement stable du système de santé dans la prestation de services en anglais.

4. Mesures de soutien à l'accès et d'amélioration des résultats pour la santé dans les communautés d'expression anglaise

La collaboration entre les réseaux communautaires et le système québécois de santé et de services sociaux s'est imposée comme le modèle le plus efficace d'intégration des investissements dans les communautés d'expression anglaise et du système de santé, aux fins d'améliorer l'accès. Depuis 2003, l'approche de partenariat a établi une assise solide de mesures connexes visant à renforcer les communautés, à adapter le système de santé pour mieux répondre aux besoins, et à instaurer un échange d'information stratégique qui éclaire l'éventail d'interventions visant à améliorer l'accès aux services en anglais⁶³.

Pour réussir à améliorer l'accès et les résultats pour la santé, le CHSSN et les réseaux communautaires proposent que de nouveaux investissements soient intégrés dans le cadre établi de mesures connexes. Ainsi, les partenaires communautaires et publics pourront soutenir l'amélioration de l'accès tout en élaborant les mesures novatrices nécessaires pour respecter les nouvelles priorités et relever les défis qui s'imposeront dans l'avenir aux communautés et au système public.

4.1 Renforcer les communautés

Le modèle de partenariat de réseaux communautaires

Le CHSSN et les réseaux communautaires de la santé souscrivent au modèle de développement basé sur des données probantes qui a réussi à mobiliser les communautés d'expression anglaise et à créer des partenariats officiels avec le système québécois de la santé et des services sociaux⁶⁴. Les 22 réseaux communautaires que soutient un programme du CHSSN coordonnent de nombreux partenariats à l'échelle locale⁶⁵. Un nombre important de ces partenariats est directement lié au système public, et soutient des initiatives et projets auxquels participe le secteur communautaire. D'autres partenariats sont formés avec des organismes communautaires qui s'emploient à renforcer les ressources communautaires et la collaboration entre divers secteurs, tels que l'éducation, la santé et la justice⁶⁶. Le CHSSN et les réseaux communautaires servent de lien entre les divers volets du Programme

⁶³ Le modèle des mesures interconnectées a été établi dans le Programme de contribution 2003-2008 de Santé Canada, et a été retenu comme approche pour les trois programmes quinquennaux suivants.

⁶⁴ L'évolution du développement du modèle de partenariat de réseaux et ses effets est décrite dans un article de Joanne Pocock intitulé « Quebec's English-speaking Community and the Partnership Approach of its Network in Health », publié dans la revue *Minorités linguistiques et société*, publication numérique, juin 2021, n° 15-16. <https://www.erudit.org>.

⁶⁵ Les réseaux communautaires bénéficient du soutien d'un programme du CHSSN « Initiative de mise en réseau et de partenariats » financée par Santé Canada. Aux fins du présent rapport, un réseau communautaire désigne l'organisme communautaire qui parraine une initiative de mise en réseau et de partenariats (NPI) dans une région sociosanitaire administrative. Dans le cas de l'Association des townshippers, deux NPI sont ainsi soutenues, l'une en Estrie et l'autre dans le secteur sud-est de la Montérégie-est. Trois NPI sont en cours de création : Nord-de-l'Île-de-Montréal, Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

⁶⁶ 853 partenariats ont été recensés en 2020-2021, à raison de 27 % dans le secteur des services sociaux, 21 % dans le secteur de la santé, 18 % dans les ressources communautaires, 16 % en éducation, les autres 18 % étant répartis entre le gouvernement, l'économie, la culture et les médias, les sports et loisirs, et la justice et le milieu juridique. Source : Enquête administrative sur les partenariats par secteur et par statut. Décembre 2021. Non publié.

de contribution actuel de Santé Canada destiné aux communautés d'expression anglaise et au système public.

Tandis que les 22 réseaux communautaires favorisent les projets et partenariats à l'échelle locale, le CHSSN leur offre un programme de soutien, et participe à un partenariat officiel avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Ce modèle réussit depuis 2003 à coordonner la mise en oeuvre du Programme de contribution de Santé Canada au Québec. Le CHSSN propose que Santé Canada consacre cette approche comme cadre de mise en oeuvre du nouveau Programme de contribution.

Développement de réseaux communautaires

Bon nombre des réseaux communautaires couvrent des territoires immenses et très peu peuplés. D'autres desservent des populations urbaines ou suburbaines denses qui présentent une grande variété culturelle et socioéconomique. Les réseaux communautaires ont parfois de la difficulté à trouver les ressources nécessaires pour répondre aux besoins de services à l'échelle locale.

Selon une grande majorité des 22 réseaux communautaires, il y a des secteurs de leurs territoires sociosanitaires administratifs qui sont mal servis par leurs programmes de réseaux communautaires⁶⁷. Dans bien des cas, les vastes territoires administratifs qui comptent des populations d'expression anglaise isolées entravent la prestation de programmes de réseaux communautaires tels que le programme de rayonnement auprès des communautés, les activités de centres de bien-être pour aînés et d'autres programmes qui offrent des activités de soutien en santé mentale ou de développement de la petite enfance. Les exemples de communautés d'expression anglaise mal servies comprennent de très grandes municipalités régionales de comtés (MRC) dans des régions telles que l'Outaouais (MRC Vallée-de-la-Gatineau), la Côte-Nord (MRC de Caniapiscau englobant Fermont, Schefferville et Kawawachikamach) et la partie nord des Laurentides (MRC des Laurentides). D'autres exemples comprennent des régions où la population d'expression anglaise vit dans des centres de population très éloignés les uns des autres. Tel est le cas de la Gaspésie, de l'Abitibi (Rouyn-Noranda et Val-d'Or), et le centre du Québec (Drummondville, Victoriaville-Arthabaska, Shawinigan).

De même, les réseaux communautaires qui desservent les territoires sociosanitaires administratifs se heurtent à des difficultés de rayonnement particulières lorsque les personnes d'expression anglaise sont dispersées dans des communautés très diversifiées ou très densément peuplées. Des exemples comprennent la région de la Montérégie-est, où les personnes d'expression anglaise sont « cachées » dans le secteur très dense du Vieux-Longueuil, tout comme les communautés multiculturelles et immigrantes d'expression anglaise dans les quartiers du nord et du centre de Montréal (Villeray, Parc-Extension, Ahuntsic-Cartierville). Il est difficile d'étendre les programmes de réseaux communautaires aux communautés noires d'expression anglaise qui constituent des « poches » dans les municipalités de Lachine et LaSalle du territoire sociosanitaire administratif de l'ouest de Montréal.

Expansion des programmes de réseaux communautaires aux communautés mal desservies

Malgré ces difficultés, les réseaux communautaires ont recouru à diverses façons d'étirer les ressources pour permettre à une communauté mal desservie de bénéficier d'un avantage général de son programme de réseaux. Près de 90 % des réseaux utilisent des communications telles qu'un site Web, un bulletin ou des campagnes d'information pour rejoindre des régions mal desservies⁶⁸. Plus des trois quarts des réseaux offrent des activités de soutien aux personnes d'expression anglaise de ces régions telles que l'information et l'aiguillage, l'accompagnement ou la défense des intérêts, tandis que deux tiers d'entre eux organisent de petites réunions ou des rencontres ponctuelles avec les membres des communautés et les partenaires publics. La moitié des réseaux mènent des activités de représentation telles que la

⁶⁷ CHSSN administrative survey of the community networks on development priorities. Août 2021. Non publié. Ce rapport sélectionne des exemples de communautés mal desservies, mais l'Enquête administrative offre une liste plus complète des communautés repérées par les réseaux.

⁶⁸ CHSSN administrative survey of the community networks on development priorities. Août 2021. Non publié.

participation à des organes consultatifs, ou des réunions et activités avec les parties prenantes du milieu communautaire.

Options préconisées pour le développement des réseaux communautaires

Pour mieux servir toutes les communautés d'un territoire sociosanitaire administratif, les réseaux communautaires ont défini des façons de renforcer les programmes des réseaux communautaires. Plus de 80 % d'entre eux croient qu'un renforcement général des ressources pour soutenir les programmes de réseaux communautaires s'impose pour tenir compte des ajustements du coût de la vie et d'autres augmentations des coûts d'infrastructure. Pour la moitié des réseaux, cette augmentation viendrait s'ajouter aux ajustements apportés à leur liste de programmes de réseaux locaux. Il s'agirait entre autres de mesures telles que le remaniement d'un programme pour en améliorer les résultats, une planification stratégique pour donner priorité aux programmes des réseaux, le réaménagement ou la formation des ressources humaines, et la rationalisation des coûts du programme tels que la réduction du loyer et d'autres frais généraux. Dix des réseaux seraient favorables à la création d'un sous-réseau ou d'une antenne pour servir les communautés mal desservies.

Programme de rayonnement auprès des communautés

Le programme actuel de rayonnement parrainé par les réseaux communautaires constitue une pratique novatrice qui illustre le succès de la tentative de rejoindre les personnes d'expression anglaise isolées et vulnérables. Le modèle de vulgarisation établit le lien entre cette clientèle et des professionnels de la santé et des services sociaux qui puissent répondre à leurs besoins. Il aide également les professionnels à mieux adapter les services à une clientèle d'expression anglaise. Ce programme a été institué en 2018 dans le sillage du remaniement de fond du système public québécois. L'expérience récente de la COVID-19 a renforcé l'importance du rôle de la communauté pour assurer le lien entre la clientèle vulnérable et le réseau de la santé et des services sociaux. Avec la mise en œuvre imminente de nouveaux programmes de services en anglais homologués par le gouvernement, les réseaux communautaires considèrent l'activité de vulgarisation comme essentielle à leur contribution au soutien de l'accès aux installations et programmes de services visés. Les réseaux ont énoncé comme priorité première la création, au sein du programme de vulgarisation, d'une fonction spéciale de liaison avec les communautés.

Cette fonction comporterait les volets d'activités suivants :

INFORMATION ET AIGUILLAGE

Les réseaux communautaires auraient une ou plusieurs personnes qui connaissent bien l'accès aux programmes et les ressources communautaires complémentaires qui seraient affectées à cette fonction. Ces informations seraient diffusées sur diverses plateformes d'accès (web et média sociaux) et recoureraient à diverses méthodes de communication pour aiguiller les membres des communautés vers les services en anglais. Grâce à ces informations, un agent de liaison communautaire pourrait répondre aux demandes de la communauté et aiguiller l'intéressé vers le bon établissement ou ressource communautaire.

NAVIGATION ET ACCOMPAGNEMENT

La fonction de liaison communautaire pourrait comporter un volet de navigation et d'accompagnement pour faciliter l'accès des membres des communautés au système public et les orienter. Cette fonction permettrait d'atténuer les effets des barrières linguistiques sur la qualité des soins et les résultats pour la santé, en aidant à la fois les membres de la communauté et les professionnels de la santé à optimiser l'effet positif des interventions en matière de santé. Ce rôle d'accompagnement pourrait consister à aider les membres de la communauté à planifier leurs rendez-vous médicaux, à accompagner les patients au sein du système, à veiller à ce que les patients comprennent les plans de traitement, et à offrir un soutien logistique et psychologique aux membres des communautés qui tentent de résoudre leurs problèmes de santé.

« COURTAGE » CULTUREL ET LINGUISTIQUE

Certains réseaux communautaires qui ont déjà établi une fonction de liaison communautaire spéciale ont ajouté une nouvelle dimension à leurs interactions avec des professionnels de la santé qui permettent de naviguer et d'accompagner les patients dans le système. Ce rôle nouveau tient compte du fait que les barrières linguistiques entravent parfois l'efficacité des interventions professionnelles, nuisant du même coup à la qualité des soins et éventuellement des résultats pour la santé. Dans une étude récente, des patients et des interprètes-navigateurs relatent en détail leurs expériences de moins bonne évaluation du patient, de diagnostic erroné ou de retard de traitement, ou encore de perte de confiance dans les services reçus⁶⁹. L'agent de liaison communautaire, prêt à servir d'intermédiaire culturel et linguistique, aiderait les professionnels de la santé et des services sociaux à développer leurs compétences linguistiques et culturelles pour mieux comprendre et servir une clientèle d'expression anglaise variée⁷⁰. En effet, ce « courtier » sert d'intermédiaire entre le patient et le professionnel lors d'une intervention précise. Il peut aussi s'avérer très utile pour aider les professionnels à sensibiliser davantage leur milieu institutionnel aux facteurs linguistiques et culturels qui peuvent porter atteinte à la qualité des soins des personnes d'expression anglaise. On entrevoit que l'interaction entre l'agent de liaison communautaire et un professionnel sera renforcée par l'usage accru des plateformes vidéo telles que Zoom et Teams par les réseaux communautaires et le système public.

Développement du leadership communautaire

Le programme des réseaux communautaires a pour but d'aider les membres des communautés à mieux représenter leurs membres dans les structures de gouvernance et de consultation des réseaux de la santé et des services sociaux. Cette représentation joue un rôle clé dans l'élaboration de programmes d'accès homologués par le gouvernement aux services en anglais. Les effets soutenus du remaniement de fond des services de santé et de services sociaux et les besoins nouveaux de l'après-pandémie auxquels font face les communautés viennent multiplier les difficultés d'adaptation des services en vue de mieux servir les populations d'expression anglaise. Les réseaux communautaires jouent un rôle crucial dans le développement du leadership communautaire et ont défini les priorités qui s'imposent pour renforcer le leadership communautaire et la capacité de représentation.

- parrainage ou coorganisation d'événements qui réunissent les dirigeants et représentants d'expression anglaise et française;
- création et prestation d'un programme de formation et de soutien pour les nouveaux représentants communautaires des organes de gouvernance, de consultation et de planification ;
- promotion de la représentation aux tables et autres instances de la majorité d'expression française ;
- parrainage des activités communautaires, d'événements ou de prix qui reconnaissent la contribution au leadership communautaire de représentants;
- création d'un programme de liaison avec les représentants au sein des instances de consultation et de planification aux fins d'améliorer la fréquence des rapports et l'échange d'information entre les partenaires et les représentants des réseaux communautaires ;

⁶⁹ Danielle de Moissac et Sarah Bowen. "Impact of Language Barriers on Quality of Care and Patient Safety for Official Language Minority Francophones in Canada". *Journal of Patient Experience*. 2019, vol. 6(1), p. 24-32.

⁷⁰ Mamata Pandey, Geoffrey Maina *et al.* "Impacts of English Language Proficiency on Healthcare Access, use and Outcomes among Immigrants: A Qualitative Study". Research Square. 2021. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-291909/v1>. Cette étude corrobore les travaux de de Moissac et Bowen qui décrivent les effets des barrières linguistiques sur la qualité des soins. Elle conclut que le rôle de l'interprète-courtier devrait être plus intégré dans le système de santé.

- affectation de ressources accrues pour les campagnes de parrainage ou autres initiatives de recrutement et de soutien des représentants communautaires auprès d'instances spéciales telles que conseils d'établissements, comités d'accès régional, le comité provincial, tables de planification et autres instances.

4.1.1. Modèles novateurs de prestation de services

Par ses projets et partenariats, le CHSSN favorise l'élaboration de modèles novateurs de prestation de services pour faciliter l'accès aux services en anglais. L'objectif consiste à appliquer des pratiques prometteuses pour créer de nouveaux modèles de prestation de services qui viennent soit compléter un programme public, soit s'intégrer comme norme de pratique dans le système de santé et de services sociaux.

Le succès du pilotage des centres communautaires de bien-être pour les aînés a, avec l'aide d'un investissement de Santé Canada, permis de transférer le programme au Québec pour une période de financement temporaire. L'impact est majeur, car le Québec s'est engagé à financer 70 centres de bien-être censés être en activité au cours de la prochaine période⁷¹. Ceci a démontré qu'un investissement ciblé au sein de l'entente de contribution de Santé Canada avec le CHSSN est une approche efficace qui reconnaît la nature du parrainage de programmes d'innovation, leur évaluation et le calendrier de concrétisation des résultats en modèles de prestation de services adaptés. Selon le CHSSN, deux autres initiatives novatrices de prestation de services se prêteraient bien à une stratégie d'investissement ciblée.

Projet du Navigateur des patients

Le projet de Navigateur des patients a été lancé sous forme de projet-pilote par la Quebec Community Health and Social Services Foundation en 2018 pour aider les patients d'expression anglaise de l'est du Québec qui doivent se rendre à Québec pour recevoir des soins de santé spécialisés⁷². Le navigateur des patients bilingue offre un éventail de services pour aider les patients et leur famille qui doivent aller recevoir des soins de santé loin de chez eux⁷³. Au cours d'une période de 20 mois, le navigateur des patients s'est occupé de 181 patients, dont beaucoup plus d'un tiers ont dû se rendre à Québec à plusieurs reprises. La plupart des patients étaient unilingues (78%), et près de la moitié avait plus de 65 ans. Quatre-vingt cinq pour cent des patients ont voyagé à bord d'un avion commercial, 34 % seuls, et 70 % d'entre eux venaient de la Côte-Nord⁷⁴.

Les activités principales comprennent l'aide dans la logistique du voyage, le soutien psychologique des patients, et l'aide à la communication avec les prestataires de soins de santé. Ce service facilite l'accès des patients et de leurs proches aidants à de l'information sur le réseau de services de santé de Québec et sur la logistique du voyage. En outre, le navigateur des patients vient se substituer aux membres de la famille et, ainsi, les patients vulnérables et unilingues ne sont pas tout seuls. Les patients qui sont en proie à la peur et à la solitude, ou qui sont accablés par leur état de santé reçoivent un soutien psychologique.

⁷¹ Secrétariat aux relations avec les Québécois d'expression anglaise. « Le gouvernement octroie 2,7 millions de dollars pour réduire l'isolement social des aînés d'expression anglaise vulnérables ». 21 juin 2021.

⁷² Les régions de l'est du Québec comprennent la Gaspésie, les Îles-de-la-Madeleine, la Basse-Côte-Nord, la Côte-Nord et le Bas-Saint-Laurent.

⁷³ Le modèle du navigateur des patients s'apparente à celui qu'utilisent plusieurs communautés francophones à l'extérieur du Québec. Les navigateurs-interprètes francophones de la santé fournissent des services d'interprétation et aident les patients vulnérables à surmonter les obstacles que leur pose le système de santé. Dans une étude, Danielle de Moissac et Sarah Bowen ont établi un lien entre des recherches bien documentées sur les barrières linguistiques et la sécurité des patients et des soins de qualité pour les minorités linguistiques, et l'expérience des communautés de langue officielle en situation minoritaire au Canada. Les auteurs ont décrit les expériences de patients et de navigateurs-interprètes de la santé là où les barrières linguistiques nuisaient à l'évaluation du patient, ou entraînaient un diagnostic erroné ou un retard de traitement.

Danielle de Moissac et Sarah Bowen. "Impact of Language Barriers on Quality of Care and Patient Safety for Official Language Minority Francophones in Canada". *Journal of Patient Experience* 2019, vol. 6(1), p. 24-32.

⁷⁴ Évaluation du projet du Navigateur des patients de la Quebec Community Health and Social Services Foundation. 2021. <https://chssn.org/documents>

Pour le système de santé, ce projet lui a permis de prendre davantage conscience des besoins de services en anglais pour cette clientèle vulnérable qui vit en région.

Ce projet a mobilisé le soutien de quatre réseaux communautaires de la santé qui exercent leurs activités dans l'est du Québec, aux côtés de cinq autres fondations communautaires, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et, plus récemment, le MSSS. Après l'évaluation du projet, le CHSSN compte faire participer les partenaires communautaires et publics à une initiative d'expansion du modèle vers d'autres régions où les personnes d'expression anglaise doivent effectuer de nombreux déplacements interrégionaux pour recevoir des services de santé spécialisés. L'objectif du CHSSN consiste à intégrer le modèle dans le système public dans les régions où des services interrégionaux ont été repérés dans leurs programmes d'accès aux services en anglais.

Télé-éducation en santé communautaire: la prochaine phase

Le Programme communautaire d'éducation et de promotion de la santé du CHSSN (CHEP) est un programme établi qui recourt à une plateforme de vidéoconférence qui a reçu le soutien du système de santé public pour fournir de l'information sur la promotion de la santé dans les communautés d'expression anglaise urbaines, rurales et éloignées de l'ensemble du Québec. Grâce au partenariat de longue date avec le Centre Universitaire de Santé McGill (CUSM), le CHSSN a eu accès au système Télésanté du RUIS (McGill). Grâce à cette technologie, 20 réseaux communautaires ont parrainé chaque année des vidéoconférences qui ont réuni des professionnels à raison de 700-800 participants vivant dans des communautés d'expression anglaise isolées ou dispersées. Outre les séances de vidéoconférence, le CHEP a produit des enregistrements DVD des événements qui ont permis de diffuser de l'information sur la promotion de la santé à un auditoire plus nombreux. En 2019-2020, vingt-et-un sujets portant sur la santé ont été présentés dans le cadre de 41 séances DVD qui ont été visionnées à 642 personnes⁷⁵. Ces séances ont enrichi l'information fournie aux communautés d'expression anglaise et mobilisé la participation des communautés aux activités de promotion de la santé qui viennent compléter la mission de santé publique du réseau de la santé et des services sociaux.

Malgré les contraintes imposées par la pandémie à la participation aux vidéoconférences, cette expérience a donné au CHSSN des occasions de réorienter le CHEP, en adoptant une nouvelle plateforme technologique et en alignant la programmation avec les priorités de santé publique relatives à la COVID-19. En 2020-2021, cinq des six vidéoconférences du CHEP portaient sur la pandémie, notamment sur les problèmes d'isolement et de santé mentale. Ces sessions avaient pour sujet :

- Faire face à l'arthrite pendant le confinement
- Prendre soin de votre santé mentale et de votre résilience psychologique
- Bien manger pendant la pandémie COVID-19
- Bien bouger pendant la pandémie COVID-19
- Gérer le risque et l'incertitude dans la vie
- Parler franchement des options de fin de vie

Plus de 850 participants ont assisté à ces séances, et 200 autres personnes ont vu des présentations enregistrées de séances antérieures du CHEP. Les réseaux communautaires ont opéré une transition heureuse depuis le parrainage de séances en personne vers la mobilisation des participants à partir de chez eux par la voie d'une plateforme ZOOM. Désormais, cette technologie et d'autres plateformes du même type domineront probablement les activités du CHEP.

La prochaine phase de développement du CHEP comprend l'expansion des partenariats et du partage de ressources pour enrichir la programmation et pour offrir aux communautés plus d'occasions d'avoir accès aux ressources de promotion de la santé auprès d'un éventail d'association et d'autres instances. Il s'agirait par exemple de contrats élargis avec les conférenciers et les documents écrits. Les consultants du CHEP collaboreraient avec des conférenciers experts pour créer le contenu des vidéoconférences.

⁷⁵ Rapport de projet: Programme communautaire d'éducation et de promotion de la santé du CHSSN (CHEP) 2019-2020. <https://chssn.org/documents>.

Actuellement, les exemples de partenariats comprennent l'Initiative de santé cardiaque des femmes du CUSM et le Centre PERFORM (Université Concordia), programme de recherche et d'éducation qui fait la promotion de modes de vie sains.

Le CHEP continuera d'intégrer sa programmation pour aider les réseaux communautaires à créer les 70 centres de bien-être pour les aînés dans l'ensemble du Québec. Des organismes tels que le Centre Cummings pour aînés, et le Centre communautaire « Wellness » du Jeffery Hale seront invités, avec les partenaires publics et d'autres ressources communautaires, à produire des documents de télé-éducation en santé communautaire. En outre, le CHEP développera ses capacités de soutien aux réseaux communautaires qui mènent des programmes de santé mentale et de développement de la petite enfance.

4.1.2. Adaptation des ressources communautaires francophones aux personnes d'expression anglaise

La promotion du leadership et de la représentation ont permis aux réseaux communautaires de renforcer leur présence aux tables et autres instances qui tentent de répondre surtout aux besoins de la majorité d'expression française. En outre, le CHSSN a accru sa collaboration avec les ressources communautaires francophones, surtout dans le domaine de la santé mentale, de la jeunesse et du développement de la petite enfance. Les besoins causés par la pandémie et ses lendemains ont alourdi les difficultés qui pèsent sur les ressources communautaires et sur le système des services de santé et des services sociaux quand il s'agit de servir les communautés. Cette situation a favorisé le dialogue entre les réseaux communautaires et les ressources communautaires francophones qui ont exprimé leur volonté d'adapter leurs services pour mieux servir la population d'expression anglaise. Dans le domaine de la santé mentale, le CHSSN appuie des projets avec des organismes francophones pour adapter leurs campagnes de promotion, leurs ressources, leurs programmes de formation, leurs trousseaux d'outils, leurs sites Web, et pour améliorer l'accès aux services de soutien psychosocial⁷⁶.

Dans le domaine du développement de la petite enfance, le CHSSN collabore directement avec deux organismes clés qui sont bien établis dans la communauté de la majorité. Grâce au soutien du programme du CHSSN, « Bright Beginnings », le Regroupement pour la valorisation de la paternité (RVP) a traduit un guide et engagé un agent de vulgarisation pour former les réseaux communautaires affiliés au CHSSN et les aider à adapter leurs pratiques pour mieux rejoindre et soutenir les pères. Le CHSSN est maintenant membre du Collectif Petite Enfance, et siège à une table pour présenter sa perspective des besoins de la petite enfance dans les communautés d'expression anglaise. Il en résulte une collaboration à l'organisation de la « Grande semaine des tout-petits » qui a traduit les documents de sa campagne et son site Web.

Le CHSSN continuera à bâtir des partenariats avec les ressources communautaires francophones à l'échelle provinciale et locale aux fins de contribuer à l'engagement croissant de ce secteur d'adapter ses programmes pour mieux servir la clientèle d'expression anglaise.

⁷⁶ Ces projets comprennent : (a) *REVIVRE*: adaptation de documents de campagne pour la *Semaine de l'autogestion de la santé mentale*. (b) *Fondation Jeune en Tête* : Traduction de *Youth Mental Health Toolkit*. (c) *Association québécoise de soins palliatifs (AQSP)*: Traduction du site Web et des documents imprimés, vulgarisation auprès des communautés d'expression anglaise. (d) *Réseau avant de craquer*: traduction du site Web et des outils destinés aux proches aidants en santé mentale. (e) *Association québécoise pour les parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale* : accès accru aux services de soutien psychologique.

4.2 Adaptation du système de santé et de services sociaux en partenariat avec les communautés

Adaptation des programmes de services dans le système de santé et de services sociaux

Au cours de la dernière décennie, le CHSSN a soutenu activement les initiatives du système public québécois pour améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais. En accord avec le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS), le CHSSN fournit des ressources du Programme de contribution de Santé Canada au réseau public afin de renforcer sa capacité d'adapter les programmes de services et d'aider ses ressources humaines à mieux servir les communautés d'expression anglaise. Notre entente de mise en œuvre avec le MSSS garantit que la contribution de Santé Canada respecte intégralement les compétences du Québec en matière de santé et de services sociaux.

Les projets réalisés à l'échelle locale et régionale par les seize CISSS et CI(U)SSS ont établi une assise solide pour de nouveaux investissements qui permettront de soutenir l'adaptation des services dans le contexte de révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services en anglais⁷⁷. Ces projets soulignent l'importance des partenariats établis avec les réseaux communautaires, approche considérée comme la meilleure stratégie pour améliorer l'accès et les résultats pour la santé. Le modèle de collaboration a été confirmé lors de la conférence virtuelle « Bâtir ensemble » tenue en février 2021, événement organisé conjointement par le CHSSN et le MSSS⁷⁸. Trois autres conférences virtuelles au cours des trois mois suivants ont réuni les répondants des CISSS et des CI(U)SSS, ainsi que les représentants des réseaux communautaires pour examiner les pratiques optimales, étape essentielle pour le repérage des priorités d'un nouveau programme d'adaptation.

Les projets d'adaptation ont démontré une amélioration des connaissances des communautés et de leurs besoins, des partenariats accrus entre le système public et les communautés d'expression anglaise, et une augmentation du nombre de documents d'information et des communications en anglais⁷⁹. En 2020-2021, les projets ont retracé les améliorations de l'accès aux services en anglais dans plusieurs programmes de services⁸⁰. Il s'agissait entre autres de la santé publique, des jeunes en difficulté, du soutien à l'autonomie des aînés, de la santé mentale et des dépendances, et des services généraux (activités cliniques incluant les services de première ligne qui répondent aux besoins des personnes souffrant de problèmes de santé aigus et irréversibles). Les réseaux communautaires, quant à eux, ont rapporté une amélioration de l'accès aux services dans les ressources communautaires grâce à leurs propres projets. Les ressources communautaires jouent un rôle complémentaire important et reconnu dans le système public. Les projets d'adaptation reconnaissent cet élément essentiel dans leurs partenariats actifs avec les réseaux communautaires.

Tandis que le programme d'adaptation amorce sa dernière année, le CHSSN, avec toutes les parties prenantes, s'emploiera surtout à établir les priorités de renouvellement d'un programme quinquennal qui cadrerait avec la mise en œuvre de nouveaux programmes d'accès aux services en anglais pour cette période. L'objectif consiste à définir les domaines prioritaires pour améliorer l'accès et les paramètres pour définir les projets qui reflètent les pratiques optimales. Cette approche de planification vise à assurer la continuité des initiatives efficaces en cours tout en introduisant des approches novatrices pour répondre aux besoins émergents. Le programme d'adaptation a renforcé l'engagement du CHSSN de continuer à bâtir des partenariats entre les communautés et le système de santé et de services sociaux. Les projets d'adaptation ont fait preuve du même engagement de la part de nos partenaires publics envers l'objectif commun d'amélioration de l'accès aux services et de la concrétisation de meilleurs résultats pour la santé au sein des communautés d'expression anglaise.

⁷⁷ CHSSN. *L'Initiative d'adaptation : Guide des projets 2018-2023*. Mars 2021.

⁷⁸ <https://chssn.org/event/building-together-02-21/>

⁷⁹ Données administratives de l'Entente de contribution pour 2020-2021. Non publié.

⁸⁰ Le système de santé et de services sociaux est divisé en 9 programmes de services. Un programme de services désigne le groupe d'activités et services organisés pour répondre aux besoins généraux de la population, ainsi qu'aux besoins particuliers d'un groupe de personnes qui souffrent du même problème. Les programmes d'accès aux services en anglais précisent les programmes et installations de services là où le service est offert en anglais.

4.3 Connaissances stratégiques

Le modèle de collaboration présenté dans la proposition actuelle repose sur une compréhension commune selon laquelle l'amélioration de l'accès aux services et des résultats pour la santé est possible en renforçant les communautés et en adaptant le système de santé et de services sociaux pour répondre aux besoins des personnes d'expression anglaise. L'information stratégique qui soutient de manière substantielle l'éventail des mesures prises par les parties prenantes pour améliorer l'accès contribue à cette compréhension.

Enrichir les connaissances sur l'état de santé des communautés d'expression anglaise

Le CHSSN œuvre de concert avec les instituts du Québec qui produisent des études épidémiologiques et relatives à la santé de la population. L'objectif consiste à définir les tendances sociales et sanitaires associées aux déterminants qui influent sur l'état de santé des communautés d'expression anglaise et de leurs membres. Le CHSSN a également collaboré avec l'INSPQ et l'ISQ pour définir la population d'expression anglaise comme sous-population de vastes enquêtes menées au Québec et au Canada. Des études récentes comprennent un rapport de l'INSPQ sur le profil de santé des communautés linguistiques du Québec ; et un rapport de l'ISQ sur les enfants vulnérables d'expression anglaise dans les maternelles en ce qui concerne le développement de l'enfance⁸¹.

Mobiliser les connaissances pour renforcer l'autonomie des communautés et pour informer le système de santé et de services sociaux

Le CHSSN produit des connaissances qui permettent de soutenir la mobilisation des communautés. Il cherche par là à veiller à ce que les réseaux communautaires et leurs partenaires publics travaillent toujours avec une base d'information pertinente et à jour sur les communautés d'expression anglaise et sur leurs besoins. Un alliage du recours à des données statistiques et d'information tirée de l'expérience directe des communautés constitue une assise solide pour faire participer les communautés et pour soutenir les partenariats avec le système public. Parmi les rapports récemment mis en vedette figure un rapport de la Série temporelle des enquêtes CHSSN-CROP entre 2005 et 2019⁸². Citons également les profils sociodémographiques des sous-groupes de population d'expression anglaise qui comprennent les hommes et les pères, les femmes et les mères, les enfants de 0 à 5 ans et leurs parents, et les aînés de plus de 65 ans⁸³.

La production de nouvelles connaissances sur l'état de santé des communautés d'expression anglaise, la promotion d'un nouveau domaine de recherche, et la mobilisation des connaissances pour renforcer les capacités des communautés constituent autant de priorités qui unissent les communautés, les chercheurs et le système public dans leur engagement commun de faire avancer les connaissances sur les nombreux facteurs qui influent sur la langue, l'accès et la santé. Un nouvel investissement de Santé Canada permettra de continuer à soutenir les efforts collectifs de produire les données probantes nécessaires pour améliorer l'accès et les résultats pour la santé dans les communautés d'expression anglaise.

⁸¹ INSPQ. *Portrait de santé des communautés linguistiques du Québec*. 2018. <https://www.inspq.qc.ca/publications/> et <https://chssn.org/documents/>

ISQ. Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2017). *Les enfants d'expression anglaise et la vulnérabilité à la maternelle: Analyse des données de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle* 2017. <https://chssn.org/documents/>

⁸² CHSSN. *Rapport de données de base 2019-2020. Rapport de la série temporelle: Enquêtes 2005-2019 CHSSN-CROP. L'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais au Québec*. Joanne Pocock. 2020. <https://chssn.org/documents/>

⁸³ Ces quatre profils sont accessibles dans les Ressources en vedette du centre de documentation du CHSSN. <https://chssn.org/documents/>

5. Aller de l'avant

En septembre 2021, le CHSSN a sondé 41 de ses organismes membres sur des priorités générales concernant les politiques et programmes qui desserviront le secteur communautaire dans un proche avenir⁸⁴. Les résultats de l'Enquête viennent ajouter une dimension importante au contexte communautaire dont il faut tenir compte si l'on sollicite un nouvel investissement de Santé Canada.

Les répondants de l'Enquête desservent des communautés d'expression anglaise dans 21 territoires sociosanitaires administratifs de l'ensemble du Québec. Ils gèrent des programmes communautaires qui servent une population cible bien précise. Une majorité a également des programmes qui mobilisent et représentent les communautés d'expression anglaise, et qui élaborent des connaissances et fournissent de l'information sur les communautés.

Relation avec le système public de santé et de services sociaux

Une caractéristique essentielle de nombreux organismes communautaires est leur relation avec le réseau de santé et de services sociaux. Près de 60 % d'entre eux ont fait état d'une relation directe entre leur programme communautaire et le système public, tandis que 62 % ont dit que leur programme améliore ou complète les services fournis par le système public. Une même proportion a déclaré que leur programme fournit un service lorsque le service du système de santé et de services sociaux fait défaut.

L'expérience de la COVID-19

Quand on leur a demandé si l'expérience de la COVID-19 a changé leur programme, 85 % des organismes ont répondu oui, en ajoutant que la COVID-19 mettait au défi leur capacité de servir leur population cible (79%). Trois-quarts d'entre eux ont dit que la pandémie crée de nouveaux besoins et priorités qui ne faisaient auparavant l'objet d'aucun service. Ils ont l'impression que cette situation nouvelle se répercutera sur leur programme à moyen et long terme (82 %).

Développer les connaissances et informer les communautés d'expression anglaise

Les organismes communautaires jouent un rôle clé pour informer les communautés, à raison de 92 % d'entre eux qui envoient l'information à une population cible d'expression anglaise. La prédominance de programmes d'information concernant l'accès aux services de santé et aux services sociaux publics, ainsi qu'aux ressources communautaires est particulièrement remarquable. Pour les répondants de l'Enquête (75 %) qui ont signalé un développement des connaissances à titre de programme précis, deux tiers ont dit que leurs produits de connaissances sont élaborés à partir de données, d'enquêtes, de recherches et d'autres sources d'information.

Mobilisation et représentation

La mobilisation et la représentation des communautés constitue une activité importante des répondants des enquêtes. Quatre-vingt pour cent d'entre eux ont dit que rassembler les organismes communautaires qui servent les communautés d'expression anglaise est un élément défini dans leur mandat. Ces organismes jouent un rôle crucial dans leur secteur, à raison de 90 % d'entre eux offrant des programmes, ressources ou services qui viennent en aide à d'autres organismes qui servent leurs communautés. Plus de 90 % promeuvent également la représentation des communautés auprès d'instances ou de structures qui influent sur les intérêts des communautés d'expression anglaise. Quatre-vingt deux pour cent d'entre eux ont dit défendre les intérêts de communautés ou de personnes d'expression anglaise.

On a demandé aux répondants de l'Enquête de définir quels types de soutien à la représentation des communautés leur paraissaient importants pour répondre aux besoins de leur population prioritaire. Quatre-vingt pour cent ont qualifié le renforcement de la représentation à l'échelle provinciale d'important. Il s'agit entre autres des ministères, secrétariats, instances consultatives du gouvernement, organisations non

⁸⁴ Sondage sur les priorités de l'élaboration des politiques et programmes du CHSSN. Septembre 2021. Non publié.

gouvernementales et sphère politique. Deux tiers des représentants ont accordé priorité au renforcement de la représentation à l'échelle locale. Il s'agirait entre autres des structures de gouvernance et de consultation des établissements et de la participation aux tables communautaires. Ce même pourcentage (66 %) accorde de l'importance à l'expansion de la représentation des communautés au niveau fédéral, notamment aux ministères, agences, instances consultatives et dans la sphère politique.

Populations prioritaires et programmes gouvernementaux

On a demandé aux répondants de définir une population prioritaire des communautés d'expression anglaise qui, selon eux, a besoin de soutien. Trente-sept pour cent d'entre eux ont accordé priorité aux aînés et aux proches aidants, tandis que 34 % ont cité les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Vingt-quatre pour cent ont mentionné les familles ayant de jeunes enfants et des adolescents. Les organismes communautaires comptent souvent sur les programmes gouvernementaux pour les aider à servir leurs communautés. Quand on leur a demandé quel type de soutien pour les ressources communautaires leur paraissait important pour répondre aux besoins, la moitié des répondants ont cité l'accès aux programmes gouvernementaux en vigueur qui soutiennent les ressources communautaires, tandis que 72 % ont dit accorder de l'importance à l'expansion des programmes gouvernementaux existants pour les ressources communautaires.

Quant aux programmes et services existants, 57 % des organismes ont accordé priorité à l'amélioration de l'accès, tandis que 67 % ont dit que l'expansion des programmes existants est importante. Cinquante-cinq pour cent accordent priorité à la création de nouveaux programmes provinciaux.

En ce qui concerne le gouvernement fédéral, 50 % des répondants accordent de l'importance à l'amélioration de l'accès aux programmes fédéraux existants, tandis que 60 % donnent priorité à l'expansion des programmes fédéraux existants. La moitié des répondants accordent de l'importance à la création de nouveaux programmes.

La nouvelle donne

Les deux ans de pandémie ont eu des répercussions sur le secteur communautaire qui dessert les communautés d'expression anglaise, posant des défis mais suscitant aussi l'innovation dans la façon de répondre aux besoins. Le portrait des priorités dressé dans cette Enquête offre une perspective nouvelle sur la façon de donner forme aux interventions du gouvernement et des communautés qui localisent les stratégies nécessaires pour guider de nouvelles initiatives visant à améliorer l'accès aux services et aux résultats pour la santé.

6. Recommandations

Ce rapport a présenté un profil sociodémographique mis à jour des communautés d'expression anglaise qui fait ressortir leur diversité géographique et sociale, ainsi que les déterminants socioéconomiques qui influent sur l'état de santé. Les données présentées soulignent la présence de populations vulnérables qui ont besoin de mesures particulières pour améliorer les résultats concernant leur santé. Les perspectives communautaires sur l'accès révèlent les difficultés auxquelles se heurtent les membres des communautés ainsi que les professionnels de la santé qui ont à cœur de fournir des services de qualité, y compris aux communautés d'expression anglaise.

Ce rapport a également présenté le modèle de développement basé sur des données probantes qui a réussi à mobiliser les communautés d'expression anglaise et à créer des partenariats durables avec le système québécois de santé et de services sociaux. Les mesures proposées visent à renforcer les communautés, à adapter le système de santé pour mieux répondre aux besoins, et à créer l'information stratégique nécessaire pour respecter les nouvelles priorités et pour relever les défis qui attendent les communautés et le système public.

Pour aider les communautés d'expression anglaise et leurs partenaires publics à atteindre l'objectif commun d'amélioration de l'accès, le CHSSN et les réseaux communautaires proposent les recommandations suivantes à l'intention de Santé Canada en vue de la préparation d'un nouveau Programme de contribution.

Recommandations :

1. Qu'un nouveau Programme de contribution de Santé Canada consacre le modèle de partenariat des réseaux communautaires qui favorise la collaboration entre les réseaux communautaires et le système de santé et de services sociaux du Québec. Ce modèle est censé être la façon la plus efficace d'intégrer les investissements dans les communautés d'expression anglaise et le système public de santé et de services sociaux pour améliorer l'accès.
2. Qu'un nouveau Programme de contribution de Santé Canada désigne le CHSSN comme bénéficiaire pour soutenir un volet de réseautage avec les ressources nécessaires pour renforcer les communautés d'expression anglaise. Plus précisément, ce volet fournirait des ressources qui contribueraient au développement de réseaux communautaires, y compris l'expansion de programmes de réseaux communautaires destinés aux communautés mal desservies. Cet élément favoriserait un rayonnement communautaire qui serait source d'information et d'aiguillage, de navigation et d'accompagnement, ainsi que de courtage linguistique et culturel pour mettre les personnes d'expression anglaise en contact avec les programmes de services du système public. Une activité clé de réseautage consisterait à développer le leadership pour renforcer la représentation des communautés d'expression anglaise dans les structures de gouvernance et de consultation du réseau de la santé et des services sociaux. Grâce à des projets et partenariats, le volet de réseautage continuerait à élaborer des modèles novateurs de prestation de services qui favoriseraient l'accès aux services en anglais.
3. Qu'un nouveau Programme de contribution de Santé Canada désigne le CHSSN comme bénéficiaire pour soutenir un volet de projets sur la santé avec les ressources nécessaires pour conclure une entente entre le CHSSN et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Cette entente aurait pour but de fournir des ressources au système public aux fins de favoriser l'adaptation du réseau de la santé et des services sociaux en vue de répondre aux besoins des personnes d'expression anglaise.
4. Qu'un nouveau Programme de contribution de Santé Canada désigne le CHSSN comme bénéficiaire pour soutenir un volet de connaissances stratégiques avec les ressources nécessaires pour produire de nouvelles connaissances sur l'état de santé des communautés d'expression anglaise, pour promouvoir la recherche et mobiliser les connaissances aux fins de faire participer les communautés et soutenir les partenariats avec le système public.

5. Qu'un nouveau Programme de contribution de Santé Canada consacre le modèle d'intégration des investissements fédéraux au Québec en mettant en œuvre une entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le CHSSN. Cette entente de mise en œuvre garantirait que les investissements soutiennent les mesures dans le cadre des dispositions législatives du Québec en matière d'application du droit à des services de santé et des services sociaux en anglais. Cette entente énoncerait le cadre d'intégration des résultats d'une manière qui cadre avec la responsabilité du Québec de planifier, organiser et fournir des services de santé et des services sociaux.